

삼성 인터넷치아보험 (2203)(갱신형, 무배당)

보험약관 [2024년 1월 개정약관]

※ 이 약관은 금융소비자보호에 관한 법률 등 관계법령 및 금융소비자보호 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.

삼성생명

진심으로 깊은 감사의 말씀을 드립니다.

삼성생명 “보험은 사랑”이라는 컨셉 아래
고객의 사랑이 평생 이어지도록 든든한 힘이 되고자
최선을 다하고 있습니다.

오늘의 삼성생명이 있기까지 한결같이 성원해 주신
고객 여러분에게 다시 한번 깊이 감사드리며,
언제 어디서나 고객이 있는 곳에는
삼성생명이 함께 하는 고객 여러분의
신뢰받는 삶의 동반자가 될 수 있도록
더욱 노력할 것을 약속드립니다.

앞으로도 애정 어린 관심과 성원을 부탁드립니다
고객님의 가정에 사랑과 행복이 가득하시기를
기원합니다.

약관을 쉽게 이용할 수 있는





약관 이용가이드 북

01 보험 약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 **보험계약자**와 **보험회사**의 **권리 및 의무**를 규정하고 있습니다.

특히, **청약철회, 계약취소, 보험금 지급 및 지급제한 사항** 등 보험계약의 **중요한 사항**에 대한 설명이 들어 있으니 **반드시 확인**하셔야 합니다.

02 한 눈에 보는 약관의 구성

	약관 이용 가이드북	약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 약관의 구성 쉽게 찾는 방법 등의 내용을 담은 지침서
	약관 요약서	약관을 쉽게 이해할 수 있도록 계약 주요내용 및 유의사항 등을 시각적 방법을 이용하여 간단하게 요약한 설명서
	보험약관 (주계약& 특약)	주계약약관 기본계약의 내용과 특약에 준용되는 공통 사항을 정한 기본약관
		특약약관 주계약약관에 정한 사항외 선택 가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관
	용어해설 및 색인등	약관 이해를 돕기 위한 어려운 법률·보험용어의 해설 관련 법규 등을 소비자에게 안내

03 QR 코드를 통한 편리한 정보 이용

QR(Quick Response)코드란?

스마트폰으로 해당 QR코드를 스캔하시면 상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상



보험금 지급절차



전국 지점



04 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기 (주계약 약관 기준)

보험 약관 **핵심사항** 등과 관련된 **해당 조문, 영상자료** 등을 안내드리오니
보험회사로부터 약관을 수령한 후, 해당 내용을 반드시 **확인 · 숙지**하시기 바랍니다.

1. 보험금 지급사유 및 지급 제한 사유

제3조(보험금의 지급사유)

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

※ 본인이 가입한 특약을 확인하여 **가입 특약별 보험금 지급사유 및 지급 제한 사유도 반드시 확인**하시기 바랍니다.



2. 청약철회

제17조(청약의 철회)



3. 계약취소

제18조(약관교부 및 설명의무 등)



4. 계약무효

제19조(계약의 무효)



5. 계약 전 알릴의무 및 위반효과

제13조(계약 전 알릴 의무)

제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)



6. 보험료 연체 및 해지

제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)



7. 부활(효력회복)

제 27 조(보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복))



8. 해약환급금

제29조(계약자의 임의해지)

제32조(해약환급금)



05 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

아래 6가지 꿀팁을 활용하시면 약관을 보다 쉽고 편리하게 이용할 수 있습니다.

- | | |
|--|-----------|
| 1. 시각화된 '약관요약서'를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해할 수 있습니다. | 약관요약서 |
| 2. 약관 이용가이드북의 '약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기'를 이용하시면 약관 내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다. | 약관 이용가이드북 |
| 3. '목차'를 활용하시면 주계약에 부가할 수 있는 특약 중 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다. | 목차 |
| 4. 약관 내용 중 어려운 보험용어는 주요 용어 해설의 용어해설, 약관본문 Box안의 예시 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다. | 주요 용어 해설 |
| 5. 스마트폰으로 약관 이용가이드북의 QR코드를 인식하시면 약관 해설 동영상, 보험금 지급절차, 전국 지점 등을 안내 받을 수 있습니다. | 약관 이용가이드북 |
| 6. '인용된 법령 내용'을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다. | 인용된 법령 내용 |

06 기타 문의 사항

※ 당사 홈페이지(www.samsunglife.com) 상품공시실에 상품요약서와 보험약관이 공시되어 있으니, 가입하신 보험상품 내용이 궁금하거나 약관을 분실하였을 경우 편리하게 이용하시기 바랍니다.

당사 홈페이지 고객상담 코너에서 계약변경, 보험금 청구시 구비서류 등을 조회할 수 있으며, 홈페이지 MY 삼성생명, 콜센터(1588-3114)를 이용하시면 편리하게 다음의 업무를 보실 수 있습니다.

- ▣ MY삼성생명 계약조회, 기본계약사항, 보장내용조회, 보험계약대출, 자동이체 조회/변경, 계약변경, 계약금액 감액, 변액보험 펀드변경, 보험료 납입 등
- ※ MY 삼성생명을 이용하시기 위해서는 가까운 삼성생명 고객플라자에 신분증, 본인명의 은행통장을 지참하시고 방문하여 MY 삼성생명 등록신청(최초 1회)을 하셔야 합니다.

☎ 콜센터 1588-3114 자동이체신청, 변경, 해지, 보험료 납입신청, 청약철회 접수, 품질보증접수, 보험계약대출신청, 각종 상담문의 등
※ 콜센터로 전화주시면 한번에 모든 업무를 해결할 수 있는 One-Call-Service를 이용하실 수 있으며, ARS를 이용한 조회업무는 24시간 이용이 가능합니다.

▣ E-mail 서비스 고객님의 E-mail을 등록하시면 자동이체 입금결과, 보험계약대출내역 등을 알려드릴 뿐만 아니라 생활에 필요한 건강정보 등을 받아보실 수 있습니다. E-mail 서비스는 삼성생명 콜센터, 담당 보험설계사, 고객플라자, MY삼성생명 등을 통해서 신청하실 수 있습니다.

※ 보험상품 거래단계별 필요한 금융꿀팁 또는 핵심정보 등은 [금융감독원 금융소비자정보포탈 \(FINE, fine.fss.or.kr\)](http://www.fine.or.kr)에서 확인 가능합니다.

※ 고객님의께서 가입하신 보험계약에 대해 분쟁조정이 필요하거나 보험금 지급처리내용 등에 대해 불만이 있으신 경우에는 금융감독원 민원상담전화 등을 통해 상담을 받거나 분쟁조정 등을 신청할 수 있습니다.

☎ [금융감독원 민원상담전화](http://www.fss.or.kr) : 국번없이 1332

쉽게 이용할 수 있는

약관 요약서

이 요약서는 그림 · 도표 · 아이콘 · 삽화 등 시각화된 자료를 바탕으로 보험상품 및 약관의 핵심내용을 알기 쉽게 작성한 것입니다.

보다 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 반드시 확인하시기 바랍니다.

※ 이 요약서의 내용을 이해하지 못하고 보험에 가입할 경우 불이익을 받을 수 있으므로, 동 내용을 반드시 이해하시고 계약체결 여부를 결정하시기 바랍니다.

1 보험계약의 개요

■ 보험회사명	삼성생명보험주식회사
■ 보험상품명	삼성 인터넷치아보험(2203)(갱신형,무배당)
■ 보험상품의 종류	치아보험

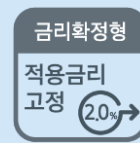
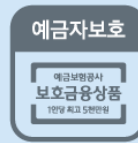
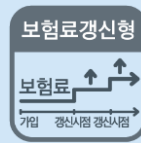
01 상품의 주요 특징

- 이 상품은 피보험자의 치과치료를 보장하는 치아보험 상품입니다.
- 이 상품은 **갱신형 상품**으로 주계약은 10년 단위로 갱신되며, 갱신행특약은 특약별로 5년 또는 10년 단위로 갱신됩니다. **갱신시마다** 보험나이 증가 및 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률) 등의 변동에 따라 갱신시 **보험료가 변동(특히, 인상)**될 수 있습니다.

02 '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

■ 보험상품명 : 삼성 인터넷치아보험(2203)(갱신형,무배당)

- 1) **치아보험** 피보험자의 치과치료를 보장하는 보장성 상품입니다.
- 2) **갱신형** 일정 주기로 갱신되며, 갱신 시 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 보험료가 변동(**특히, 인상**)될 수 있는 상품입니다.
- 3) **무배당** 보험계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.



2 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

01 보험금 지급제한사항



이 보험에는 면책기간, 감액지급, 보장한도 등 보험금 지급제한 조건이 부가된 주계약 및 특약이 있습니다. 아래 내용은 이 보험의 주요 유의사항만을 요약하고 이해를 위해 대표적인 예시를 든 것으로, 반드시 관련 내용을 상품설명서나 약관으로 설명 들으시길 바랍니다.

면책기간

보험금
미지급

1. 보험금 지급 제한기간(면책기간)

- 구내방사선/파노라마촬영 또는 보철치료, 특정임플란트치조골이식술치료, 크라운치료, 보존치료, 영구치발치, 치수치료(신경치료) 등 **치과치료**를 보장하는 주계약 및 특약은 최초계약(부활)일로부터 **90일내** 발생한 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환), 영구치 발치 등을 원인으로 **치과치료**가 발생할 경우 또는 **90일내 구내방사선/파노라마촬영**을 받을 경우에 보험금을 지급하지 않습니다. 단, 「보험기간 중 발생한 **재해**를 직접적인 원인으로 치과치료 또는 구내방사선/파노라마촬영을 받은 경우」 또는 「계약(부활)일에 피보험자가 **3세 미만인 경우**」에는 면책기간을 적용하지 않습니다.

◆ **반드시**, 가입하신 주계약 및 특약 약관에서 **보험금 지급 제한기간(면책기간)**을 확인하시기 바랍니다.

<보험금 지급 제한기간(면책기간) 예시>

계약일[부활(효력회복)일]

치과치료 보장개시일
방사선/파노라마촬영보장개시일

90일(보장제외기간)

4월 10일

7월 9일



민원사례

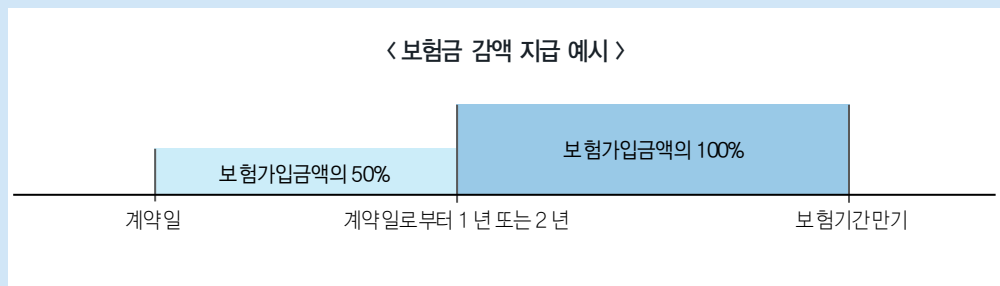
A씨는 치아보험 가입 후 2개월이 지난 시점에 영구치를 발치하였고 최초계약의 계약일로부터 2년이 경과한 후에 임플란트치료를 받고 보험금을 청구

☞ 보험회사는 보험가입 후 90일이 경과하지 않은 시점의 영구치발치를 원인으로한 임플란트 치료에 대한 보험금을 지급할 수 없다고 안내



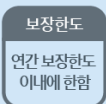
2. 보험금 감액 지급

- **영구치보철치료, 특정임플란트치조골이식술치료 및 영구치발치**를 보장하는 주계약 및 특약의 경우 최초계약의 계약일로부터 **2년 이내** 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 계약일로부터 **2년 초과시에 지급하는 보험금의 50%만** 지급합니다. 단, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 감액을 적용하지 않습니다.
- **크라운치료 또는 보존치료**를 보장하는 주계약 및 특약의 경우 최초계약의 계약일로부터 **1년 이내** 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 계약일로부터 **1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%만** 지급합니다. 단, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 감액을 적용하지 않습니다.
- ◆ 보험금 감액지급과 관련한 사항은 **영구치보철치료보험금, 특정임플란트치조골이식술치료보험금 및 영구치상실위로금**의 경우 **영구치 발치일**을 기준으로 계산하며, **크라운치료 보험금 및 보존치료보험금**의 경우는 **크라운치료 및 보존치료의 치료시작일**을 기준으로 계산합니다.
- ◆ **반드시**, 가입하신 주계약 및 특약 약관에서 **감액기간 및 감액비율**을 확인하시기 바랍니다.



민원사례

A씨는 치아보험 가입 후 10개월이 지난 시점에 크라운치료를 받아 크라운치료보험금을 청구
 ☞ 보험회사는 보험가입 후 1년이 경과하지 않았으므로 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%만 지급됨을 안내



3. 보장한도(보장횟수)

- 이 보험에는 계약일로부터 경과기간에 따라 **보장한도**가 정해져 있는 담보가 있습니다. **임플란트 치료, 고정성가공의치(브릿지)치료 및 특정임플란트치조골이식술치료**의 경우 **연간 발치한 영구치 개수**를 기준으로 계산하며, 연간 보장한도를 초과하여 발치한 영구치는 **치료시기에 관계없이** 보험금을 지급하지 않습니다.
- ◆ 주계약 및 특약의 **보상대상기간, 보상제외기간 및 보장한도**는 주계약 및 각 특약별로 다를 수 있으므로 반드시, 가입하신 주계약 및 특약 약관에서 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의 사항

구분	최초계약일부터 경과기간	보장한도	
영구치보철 치료보험금	임플란트치료	2년 이내 연간 3개	
		2년 초과 및 갱신계약	한도 없음
	고정성가공의치 (브릿지)치료	2년 이내 연간 3개	
		2년 초과 및 갱신계약	한도 없음
	가철성의치 (틀니)치료	전기간 연간 1회	
크라운치료보험금	전기간	연간 「유치 3개 및 영구치 3개」	
치석제거치료보험금	전기간	연간 1회	
파노라마촬영보험금	전기간	연간 1회	
특정임플란트치조골이식술 치료보험금	2년 이내 연간 3개		
	2년 초과 및 갱신계약	한도 없음	
재해치아파절진단보험금	전기간	연간 3회	
...	



민원사례

A씨는 치아보험 가입 후 1년이 경과한 시점에 5개의 영구치를 발치하고 해당 보험연도에 3개 그 다음 보험연도에 2개의 임플란트치료 받아 보험금을 청구

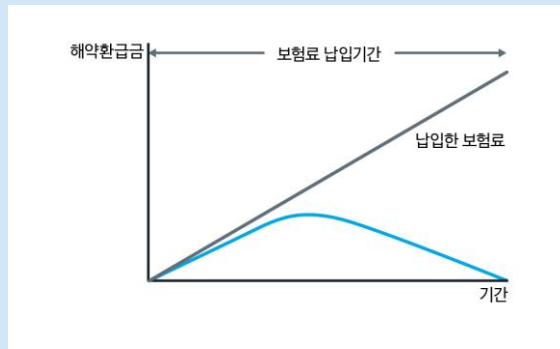
☞ 보험회사는 임플란트치료의 경우 최초계약의 계약일로부터 2년 이내 연간 3개의 보장한도는 연간 발치한 영구치 개수 기준으로 산정하며, 연간 보장한도를 초과하여 발치한 영구치는 치료시기에 관계없이 보험금을 지급하지 않음을 안내

02 해약환급금에 관한 사항(주계약 기준)



보험계약자가 **보험계약을 중도에 해지할 경우** 보험회사는 **해약환급금**을 지급합니다.

- 이 보험계약을 중도 해지할 경우 **해약환급금**은 납입한 보험료에서 경과된 기간의 위험보험료, 계약체결비용 및 계약관리비용 등이 차감되므로 **납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.**



03 갱신시 보험료 인상 가능성



이 보험에는 **갱신시 보험료가 변동되는 갱신형 주계약 및 특약**이 포함되어 있습니다.

- 갱신형 주계약 및 특약은 **갱신할 때** **마다** 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 보험료가 변동(특히, **인상**)될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.
- 갱신형 주계약 및 특약은 주계약 명칭 또는 특약명에 **(갱신형)**이라고 명기하고 있습니다.

*예시) 입원특약 N(**갱신형**, 무배당)

04 기타 소비자가 반드시 알아 두어야 할 상품의 주요 특성



1. 보장성 보험

- 이 보험은 치과치료를 주목적으로 하는 보장성보험이며, **저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.**
- 중도해지 시 **납입한 보험료보다 해약환급금이 적거나 없을 수 있습니다.**
- 가입한 **특약**의 경우 주계약과 **보험기간이 다릅니다.** 특약별 보험기간을 꼼꼼히 확인하시기 바랍니다.



2. 예금자보호제도에 관한 사항

- 이 보험은 **예금자보호법**에 따라 예금보험공사가 **보호**합니다.
- 예금자보호 한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호대상 금융상품의 해약환급금(또는 만기시 보험금이나 사고보험금)과 기타 지급금을 합하여 **1인당 “최고 5천만원”**이며, **5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.** 또한, 보험계약자 및 보험료 납부자가 법인이면 보호되지 않습니다.

05 기타 보험계약 관련 특히 유의할 사항



감액 관련

- 이 보험계약은 보험료를 장기간 납입해야 하기 때문에 보험계약자의 소득을 감안하여 보험료 수준을 결정하여야 합니다. 또한, 보험료 납입기간 중 보험가입금액을 감액하는 경우 감액된 부분은 해지된 것으로 처리되므로, 감액 후 해지시 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

06 기타 보험금 지급관련 특히 유의할 사항



1. 보험금지급 관련

- 치과치료보장개시일, 방사선/파노라마촬영보장개시일 및 감액기간

〈최초계약〉		
구분	치과치료보장개시일	감액기간
영구치 보철치료	최초계약일[계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날	최초계약의 치과치료보장개시일 이후 “최초계약의 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약해당일 전일”까지
특정임플란트 치조골이식술치료		최초계약의 치과치료보장개시일 이후 “최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일”까지
크라운치료		없음
보존치료		
영구치발치		
치수치료(신경치료)		
주요치주질환(잇몸 질환)치료		
치석제거치료		

- ◆ 「보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 “보철치료, 특정임플란트치조골이식술치료, 크라운치료, 보존치료, 영구치발치 또는 치수치료(신경 치료)”를 받은 경우」 또는 「계약을 체결할 때[계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일 현재] 피보험자가 3세 미만인 경우」의 치과치료보장개시일은 최초계약일[계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 동일합니다.
- ◆ 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 감액을 적용하지 않습니다.

2. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의 사항

〈최초계약〉		
구분	방사선/파노라마촬영 보장개시일	감액기간
구내방사선촬영	최초계약일[계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날	없음
파노라마촬영		

- ◆ 「보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 “구내방사선촬영 또는 파노라마촬영”을 받은 경우」 또는 「계약을 체결할 때 [계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일 현재] 피보험자가 3 세 미만인 경우」의 방사선/파노라마촬영보장개시일은 최초계약일[계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 동일합니다.

〈갱신계약〉		
구분	치과치료보장개시일 및 방사선/파노라마촬영보장개시일	감액기간
영구치 보철치료	갱신일	없음
특정임플란트		
치조골이식술치료		
크라운치료		
보존치료		
영구치발치		
치수치료(신경치료)		
주요치주질환(잇몸 질환)치료		
치석제거치료		
구내방사선촬영		
파노라마촬영		

- ◆ 부활(효력회복)하는 경우의 치과치료보장개시일 및 방사선/파노라마촬영보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 단, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 “보철치료, 특정임플란트치조골이식술치료, 크라운치료, 보존치료, 영구치발치, 치수치료(신경치료), 구내방사선촬영 또는 파노라마촬영”을 받은 경우 치과치료보장개시일 및 방사선/파노라마촬영보장개시일은 부활(효력회복)일과 동일합니다.

2. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의 사항

- 다음에 해당하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 「최초계약의 치과치료보장개시일 전일 이전에 “치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)”을 진단 확정 받은 치아」에 대하여 「보철치료, 특정임플란트치조골이식술치료, 크라운치료, 보존치료 또는 치수치료(신경치료)」를 받거나 영구치 발치를 받은 경우
 2. 「최초계약의 치과치료보장개시일 전일 이전에 발치한 영구치」에 대하여 보철치료 또는 특정임플란트치조골이식술치료를 받은 경우
 3. 최초계약의 계약일 전에 발생한 재해를 직접적인 원인으로 「보철치료, 특정임플란트치조골이식술치료, 크라운치료, 보존치료 또는 치수치료(신경치료)」를 받거나 영구치 발치를 받은 경우
 4. 「치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 진단확정일」 또는 「영구치 발치일」이 확실하지 않거나 알 수 없는 경우
 5. 「치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해」 이외의 원인(치아교모증, 치경부 마모증, 치열교정 준비 등)으로 “보철치료, 특정임플란트치조골이식술치료, 크라운치료, 보존치료, 치수치료(신경치료)”를 받거나 영구치 발치를 받은 경우
 6. 이미 보존치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)를 받은 부위에 대하여 새로운 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해에 기인하지 않는 수리, 복구, 대체 및 치료를 받은 경우
 7. 이미 보철치료를 받은 부위에 대하여 수리, 복구, 대체 및 치료를 받은 경우
(단, 재식립임플란트치료보장특약의 경우 재식립임플란트치료를 받은 경우는 제외)
 8. 매복치(Embedded teeth) 및 매몰치(Impacted teeth) 또는 제 3 대구치(사랑니, Wisdom teeth)에 대하여 보철치료를 받은 경우
 9. 치아성형(Odontoplasty) 또는 라미네이트(Laminate, bonded porcelain restoration in the anterior dentition) 등 미용 목적의 치료
 10. 다른 치과치료를 위하여 임시 치과치료를 받은 경우
 11. 영구치 발치를 전제로 하지 않는 보철치료(선천적으로 영구치가 없는 경우에 보철치료를 받는 경우 포함)
- ◆ 보험금을 지급하지 않는 사유는 각 특약별로 다를 수 있으므로 반드시, 가입하신 특약약관에서 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.



2. 소멸사유

- 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때, 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ※ 특약의 경우 소멸사유가 주계약과 다를 수 있으므로, 이와 관련된 사항은 각 특약의 약관을 참조하시기 바랍니다.



3. 재해관련

- 이 계약(특약 포함)에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

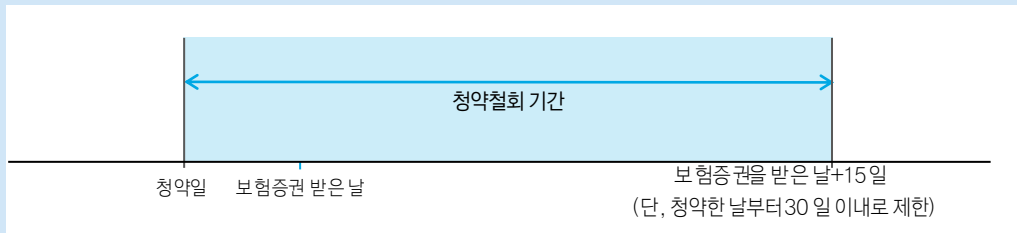
3 보험계약의 일반사항

※ 보다 쉽게 이해할 수 있도록 보험약관의 일반적인 내용을 담은 것으로 가입하신 상품의 세부 약관과 다소 다를 수 있으므로 보다 자세한 내용은 보험약관을 참조하시기 바랍니다.

01 청약을 철회할 수 있는 권리



보험계약자는 보험증권을 받은 날부터 15 일 이내(단, 청약한 날부터 30 일 이내로 제한됩니다)에 보험계약의 청약을 철회할 수 있으며 이 경우 회사는 3 영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



[청약철회를 할 수 없는 경우]

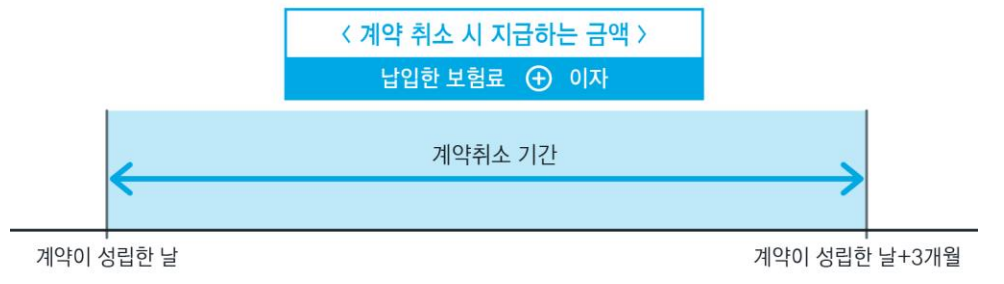
- 1) 청약한 날부터 30 일 을 초과한 경우
- 2) 전문금융소비자가 체결한 계약(단, 전문금융소비자가 일반금융소비자로 간주되는 경우는 제외)

02 보험계약을 취소할 수 있는 권리



보험계약자는 다음의 경우 계약이 성립한 날부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

- 보험계약을 청약할 때 보험약관 및 보험계약자 보관용 청약서를 전달받지 못한 경우
- 보험약관의 중요내용을 설명 받지 못한 경우
- 보험계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우



* 자필서명은 날인(도장을 찍음) 및 전자서명(전자서명법 제 2 조 제 2 호)을 포함합니다.

* 납입한 보험료는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, '감액으로 회사가 실제 지급한 금액' 을 차감한 금액으로 합니다.

* 이자는 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 말합니다.

03 보험계약의 무효



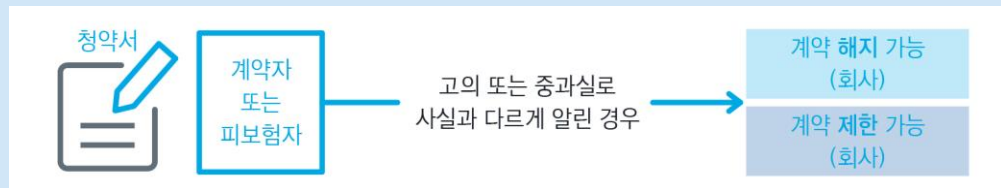
보험회사는 다음의 경우 보험계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
* 이미 납입한 보험료는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, '감액으로 회사가 실제 지급한 금액'을 차감한 금액으로 합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우
- 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
- 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

04 보험계약 전 알릴의무 및 위반시 효과



보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 청약할 때 **청약서의 질문사항(중요사항)**에 대하여 **사실대로 알려야 합니다.**



- 청약서의 질문 사항에 대하여 **보험설계사에게만 구두로** 알렸을 경우 **보험계약전 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.**
- 전화 등 통신수단을 통한 보험계약의 경우 보험회사 **상담원의 질문이 청약서의 질문사항을** 대신하므로 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.



판례 [대법원 2007.6.28. 선고 2006 다 59837 판결]

일반적으로 보험설계사는 독자적으로 보험회사를 대리하여 보험계약을 체결할 권한이나 고지의무를 수령할 권한이 없음



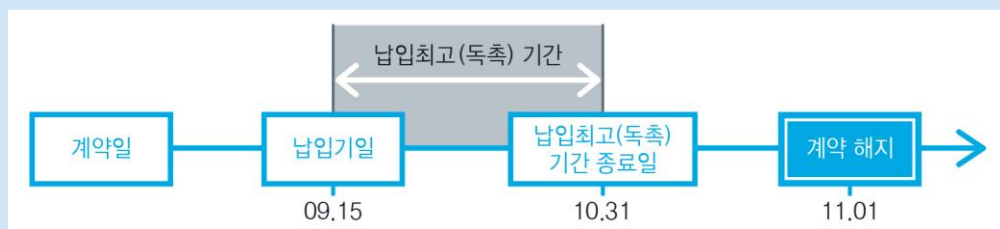
민원 사례

A 씨는 고지혈증, 당뇨병으로 90일간 투약 처방을 받은 사실을 **보험설계사에게만 알려주고, 청약서에 기재하지 않은 채** OO건강보험에 가입하였으며, 가입 이후 1년간 당뇨병으로 통원치료를 받아 보임을 청구
▷ 보험회사는 **보험계약이 해지됨과** 동시에 **보험금 지급이 어려움**을 안내

05 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

! 보험계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 때에는 납입을 독촉하는 안내를 하며, 납입최고(독촉)기간 내에 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지됩니다.

- 납입최고(독촉)기간 : 14 일 이상(보험기간 1 년 미만인 경우 7 일 이상)의 기간으로 정합니다. 다만, 당사의 납입최고(독촉)기간은 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 마지막 날까지로 하며, 이는 약관에 정한 범위 내에서 변경될 수 있습니다.
- 유니버설상품에서 월대체보험료를 충당할 수 없게 된 경우를 포함합니다.



납입연체

- ① 제 2 회 이후 보험료를 연체한 경우
- ② 유니버설 보험에서 월대체보험료를 충당할 수 없을 때

06 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

! 보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 해지된 날부터 3 년 이내에 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

- 보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 **부활(효력회복)**을 거절하거나 **보장의 일부**를 제한할 수 있습니다.
- 해약환급금을 받지 않은 경우에는 보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다.



07 보험계약대출



이 계약은 보험계약대출을 운용하지 않습니다.

<보험계약대출이율의 공시>

이 보험의 보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.samsunglife.com)의 “상품공시실” 내 “보험상품적용이율” - “보험계약대출이율 변동현황”에서 공시합니다.

08 보험금 청구방법 및 지급절차

1. 보험금의 청구방법



- 보험금청구 사유에 해당하는 구비서류를 준비하셔서 가까운 고객플라자 또는 지점을 방문하거나, 담당컨설턴트/우편/FAX/인터넷 등을 통하여 청구를 할 수 있습니다.
- 구비서류는 홈페이지(<http://www.samsunglife.com>) 또는 사고보험금 전용콜센터 (☎ 1577-4118) 에서 관련 내용을 확인할 수 있습니다.
- 단, 우편/FAX/인터넷/모바일 접수의 경우 접수 가능 금액 등의 제한 사유가 있을 수 있으니 청구 유형별로 세부내용을 확인하시기 바랍니다.

3. 보험계약의 일반사항

< 사고보험금 청구서류 대표예시 >

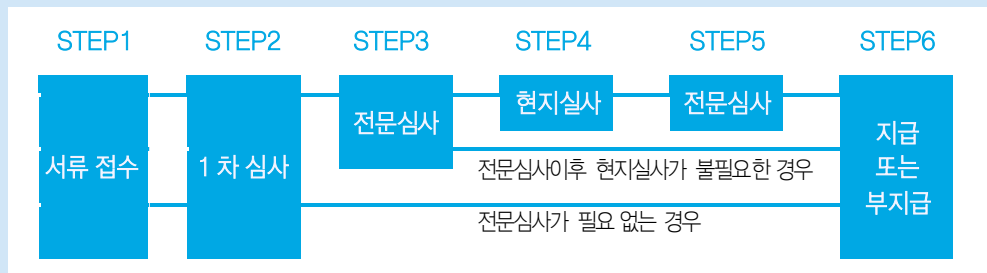
구분	진단서	입·퇴원 확인서	수술 확인서	통원 확인서	진단사실 확인서류	재해 입증서류	공통
사망	● (사망진단서)					● (재해관련 보험금)	청구서 신분증
장해	● (장해진단서)						
진단	●				● (검사결과지 등)		
입원		●					
수술			●				
통원				●			
실손		● (입원서)	● (수술서)	● (통원서)			

※ 위 표는 대표적인 예시만 나타낸 것으로 보험금 청구 전에 보험회사에 제출서류를 확인하시기 바랍니다.

2. 보험금 지급절차



- 회사는 보험금 청구서류를 접수한 때에는 아래와 같은 절차를 거쳐 보험금 지급을 심사합니다.
- 보험금 지급기일은 청구서류 접수일로부터 3영업일 이내입니다.
다만, 보험금 지급사유의 조사확인이 필요한 경우 지급기일은 접수 후 10영업일 이내로 합니다.
- 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다.



※ 보험금 청구서류를 접수한 이후에 회사는 심사에 필요한 추가서류를 요청할 수 있습니다.



- 위 내용은 계약체결시점을 기준으로 작성되었으며, 보험금의 청구방법 및 지급절차 등은 추후 변경될 수 있습니다. 따라서, 홈페이지(<http://www.samsunglife.com>) 또는 사고보험금 전용콜센터(☎ 1577-4118)에서 관련 내용을 확인하시기 바랍니다.
- 약관 이용가이드북 보험금 지급절차(QR 코드)로 접속하시면 보험금 지급절차에 대한 보다 자세한 사항을 확인할 수 있습니다.

4 주요 보험용어 해설

보험약관

보험계약에 관하여
보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할
권리와 의무를 규정한 것

보험증권

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여
보험회사가 보험계약자에게 드리는 증서

보험계약자

보험회사와 계약을 체결하고
보험료 납입의무를 지는 사람

피보험자

보험사고의 대상이 되는 사람

보험수익자

보험사고 발생 시 보험금 청구권을 갖는 사람

보험료

보험계약에 따른 보장을 받기 위하여
보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액

보장개시일

보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날
* 보장에 따라 별도의 보장개시일이
존재할 수 있음

보험기간

보험계약에 따라 보장을 받는 기간

보험가입금액

보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을
산정하는 기준이 되는 금액
* 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의
나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고
보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는
보험료 수준에 따라 보험금, 계약자적립액
등이 결정됨

보험사고

보험회사가 보험금 등을 지급하여야 할 원인이
되는 사고

보험금

피보험자의 사망, 장애, 입원 및 보험기간 만기 등
보험금 지급사유가 발생하였을 때
보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여
보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을
기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서
정한 방법에 따라 계산한 금액

해약환급금

보험계약이 해지된 경우
보험계약자에게 돌려주는 금액

보험약관 쉽게 이해하기

01. 보험계약 관련 유의할 사항
02. 보험금 지급에 관한 사례
03. 주요 민원사항
04. 개인신용정보의 수집·이용, 조회 및 제공에 관한 고객권리안내문

이 ‘보험약관 쉽게 이해하기’는 다소 생소한 보험약관을 보다 쉽게 이해할 수 있도록 보험계약 관련 유의사항 등 보험약관의 일반적인 내용을 담았습니다. 이 내용은 표준약관 조항과 이해를 돕기 위한 사례 등을 들어 설명한 것으로 가입하신 상품의 세부 약관과 다소 다를 수 있으므로 보다 자세한 내용은 [보험약관]을 참조하시기 바랍니다.

01. 보험계약 관련 유의할 사항

- 계약을 체결할 때 유의해야 할 사항을 관련 표준약관과 함께 기재하였으며, 계약 전 반드시 내용을 확인하시고 청약하시기 바랍니다.
- 이 내용은 표준약관을 기재한 내용으로 가입하신 상품의 약관과 다소 다를 수 있으므로 보다 자세한 내용은 해당 상품의 “약관”에 기재하고 있으니 내용을 확인하시기 바랍니다.

1 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 기재하고 자필서명을 하여야 합니다.
(계약 전 알릴 의무)



표준약관 제 14 조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제 13 조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

해설

- 계약자 또는 피보험자는 청약서의 중요한 사항에 대하여 사실대로 기재하고 자필서명을 하여야 합니다.
- “중요한 사항”이라 함은 직업, 현재 및 과거 병력, 고위험 취미(예. 암벽등반, 패러글라이딩 등), 타사 보험계약 가입 여부 등으로 회사가 그 사실을 알았더라면 보험계약 체결 및 보험금 지급에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
- * 계약자가 보험설계사에게 구두로 알린 사항은 효력이 없으며, 전화 등 통신수단을 통해 가입하는 경우에는 서면 또는 전자문서를 통한 질문절차 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 신중하셔야 합니다.

주의

계약 전 알릴 의무를 지키지 않으면 보험금이 지급되지 않을 수 있고, 또한 계약이 해지될 수 있습니다. 이 경우 회사는 납입한 보험료가 아닌 해약환급금을 지급하게 되어 금전적 손실이 발생할 수도 있습니다.

사례 > 계약을 청약하면서 보험설계사 등에게 고혈압이 있다고만 이야기하고 청약서의 계약 전 알릴 사항에는 기재 하지 않아 회사가 고혈압이 있다는 사실을 알지 못하였다면, 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

2 계약의 취소가 가능한 경우가 있습니다.



표준약관 제 18 조(약관교부 및 설명의무 등)

③ 회사가 제 1 항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

해 설

· 계약자는 다음의 경우 계약이 성립한 날부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

1. 계약을 청약할 때 약관과 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 전달받지 못한 경우
2. 약관의 중요한 계약사항을 설명 받지 못한 경우
3. 청약서에 자필서명(전자서명 포함)을 하지 않은 경우

3 계약자는 청약을 철회할 수 있는 권리가 있습니다.



표준약관 제 17 조(청약의 철회)

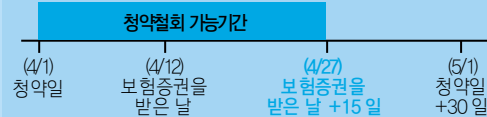
- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15 일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90 일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 청약한 날부터 30 일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

해 설

- 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15 일 이내에 그 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 3 영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- 다만, 전문금융소비자가 체결한 계약 또는 청약을 한 날부터 30 일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

예 시

CASE1



CASE2



일반적으로 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15 일 이내에 철회할 수 있습니다.

그러나 위 사례에서 (CASE2)의 경우, 보험증권을 받은 날부터 15 일(5/4 일)이 청약을 한 날부터 30 일(5/1 일)을 초과하므로 청약철회가능기간은 5/1 일까지로 합니다.

4 계약이 무효로 되는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.



표준약관 제 19 조(계약의 무효)

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제 44 조의 2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만 15 세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제 2 호의 만 15 세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

해 설

- 계약이 무효가 되는 경우 보험금을 지급하지 않으며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 계약의 무효사유에 대하여 각 상품별 보험약관을 반드시 확인하시기 바랍니다.

5 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.



표준약관 제 29 조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며(다만, 연금보험의 경우 연금이 지급개시된 이후에는 해지할 수 없습니다), 이 경우 회사는 제 32 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

해 설

- 보험은 은행의 저축과는 달리 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 지급되는 보험금으로, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

6 제 2 회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 경우(유니버설상품의 경우 해약환급금에서 월대체보험료를 충당할 수 없게 된 경우) 계약이 해지될 수 있습니다.



표준약관 제 26 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

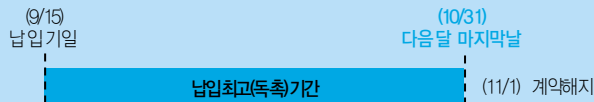
① 계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14 일(보험기간이 1 년 미만인 경우에는 7 일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

해 설

- 계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 때(유니버설상품에서 월대체보험료를 충당할 수 없게 된 경우 포함)에는 납입최고(독촉)하고 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지됩니다.
- 당사의 납입최고(독촉)기간은 납입기일 다음 날부터 납입기일이 속하는 달의 다음 달 마지막 날까지로 하며, 이는 약관에 정한 범위 내에서 변경될 수 있습니다.

예 시



납입기일(9/15)까지 보험료를 납입하지 않은 경우 납입기일이 속하는 달의 다음 달 마지막 날이 지난 11/1 일에 계약이 해지됩니다.

갱신형보험의 보험료 납입 관련 유의할 사항

* 갱신형보험은 약관에서 정한 주기로 갱신되고, 갱신시에는 보험나이 증가 및 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률) 등의 변동에 따라 갱신시 보험료가 인상 될 수 있습니다.

- 갱신형보험은 계약자가 보험기간 만료일 15 일전까지 갱신하지 않겠다는 별도의 의사표시를 하지 않으면 갱신됩니다.
- 갱신형특약을 가입한 경우, 주보험의 보험료 납입이 완료되었다 하더라도 갱신형특약의 보험기간이 만료되지 않은 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 해당 갱신형특약의 보험료를 계속 납입해야 합니다.
- 갱신일 전에 갱신계약의 보험료를 미리 납입하는 경우, 갱신 이후의 보험료로 납입해야 합니다.

7 납입연체로 해지된 계약에 대하여 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.



표준약관 제 27 조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 제 26 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시 이율 + 1% 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만, 금리연동형보험은 각 보험상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.

해 설

- 보험료 납입연체로 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.
- 다만, 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

8 주계약 또는 특약의 보장개시일을 확인하시기 바랍니다.



표준약관 제 23 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제 1 회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제 1 회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제 1 회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

해 설

- 회사가 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제 1 회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다.

보장개시일이 계약일과 다른 경우

일부 상품의 경우는 보장개시일이 계약일과 다릅니다. 반드시 해당 약관에서 “보장개시일” 관련 조항을 확인하시기 바랍니다.

(CASE1) 정기특약의 경우



(CASE2) 암진단특약의 경우



암진단특약의 경우, 계약일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날부터 보장을 개시하며, 그 이전에 암이 발생하여도 회사는 보장하지 않습니다.

02. 보험금 지급에 관한 사례

- 보험금을 지급하는 경우와 지급하지 않는 경우를 알기 쉽게 설명하기 위해 사례를 들어 설명하였습니다.
- 보험금 지급사유에 관해서는 반드시 해당 상품의 세부 약관 내용을 확인해주시기 바랍니다. 기재된 내용 이외의 사실 관계 등에 따라 보험금 지급 여부에 차이가 발생할 수 있습니다.

사례 1 재해의 정의에 관한 사례

- 야구공에 맞아 안면부 뼈가 골절되었다.
- × 어깨운동 중 무리하여 어깨인대가 파열되었다.

해설

- 약관에서 보상의 대상이 되는 재해는 우발적인 외래의 사고에 한합니다. 외래의 사고란 사고 자체가 외부요인에 의하여 발생한 것을 말합니다.
- 무리한 운동 중 다친 경우는 외부의 요인에 기인한 바가 없는 경우 재해에 해당하지 않습니다.

사례 2 장애의 판정에 대한 사례

- 길을 걷던 중 교통사고로 발목이 골절되어 운동 장애가 발생하였고 회복이 불가능하다.
- × 길을 걷던 중 교통사고로 발목이 골절되어 운동 장애가 발생하였으나 장래 회복할 가망이 있다.

해설

- “장애”는 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말합니다. 다만, 질병과 부상의 주 증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않습니다.
- 또한, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시 장애의 장애지급률로 정합니다.



사례 3 보장개시일 이전에 발생한 보험금에 관한 사례

- 암진단특약의 계약일부터 100 일만에 암으로 진단확정되었다.
- × 암진단특약의 계약일부터 50 일만에 암으로 진단확정되었다.

해설

- 암진단특약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날부터 보장을 개시합니다. 따라서 그 이전에 발병한 경우 보험금을 지급하지 않습니다.
- 암진단특약과 같이 계약일과 보장개시일이 다른 경우가 있으니, 각 상품별 약관에서 보장개시일을 반드시 확인하시기 바랍니다.

사례 4 계약 전 알릴 의무 위반과 보험사고 발생 간에 인과관계가 있는 사례

 피보험자가 고혈압 관련 병력을 회사에 알리지 않고 그 후 2년 이내에 교통사고로 사망하였다.	 피보험자가 고혈압 관련 병력을 회사에 알리지 않고 그 후 2년 이내에 고혈압으로 인한 뇌출혈로 진단받았다.
---	---

해설

- 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우, 회사는 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.



사례 5 보장개시일 이전에 발병한 질병으로 치료받는 경우

 보장개시일 이후에 발생한 디스크로 보험기간 중 치료하였다.	 보장개시일 이전에 발생한 디스크로 보험기간 중 치료하였다.
--	--

해설

- 해당 계약의 보장개시일 이후에 발병한 질병이 약관상 보험금 지급사유에 해당하면 보험금을 지급합니다.
- 보장개시일 이전에 발병한 질병을 원인으로 보장개시일 이후에 치료 받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.



사례 6 암직접치료보험금에 관한 사례 I

 위암으로 인해 위를 절제하는 수술을 받았다.	 위암 진단을 위해 생검을 시행받았다.
--	--

해설

- 수술은 약관에 정한 바에 따라 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- 다만, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)은 수술에서 제외됩니다.

사례 7 암직접치료보험금에 관한 사례 II

 암의 직접적인 치료(수술, 항암 등)를 위해 신체 기능을 회복하기 위한 필수불가결한 입원치료를 하였다.	 암의 직접적인 치료(수술, 항암 등) 후 후유증을 완화하기 위해 입원하였다.
---	--

해설

- 대법원 판례에 따라 병원에 입원하여 받은 치료의 내용이 직접 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하기 위한 치료는 아니나, 항암치료가 종결되지 않고 향후 계속될 것으로 예정된 상황에서 그 치료를 받기 위하여 면역력 등 신체기능을 회복하기 위한 필수불가결한 치료인 경우에는 암의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원으로 보고 암직접치료입원보험금을 지급합니다. 그러나, 암이나 암 치료종결 후 발생한 후유증을 완화하거나 합병증을 치료하기 위한 경우에는 암의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원으로 보지 않기 때문에 암직접치료입원보험금을 지급하지 않습니다.

03. 주요 민원사항

유형 1 | 이미 보철치료를 받은 부위에 수리, 복구, 대체 및 치료를 받았으나 보험금을 받지 못함

- 치아보험에 가입한 E 고객은 보장개시일 이후 치주질환(잇몸질환)으로 어금니에 고정성가공의치(브릿지)치료를 받고 보험금을 지급받음. 그러나, 치료후 6개월이 지나서 과거에 치료를 받았던 어금니의 고정성가공의치(브릿지)에 문제가 생겨 다시 수리받고 보험금을 청구하였으나 보험금 지급이 거절됨

[유의사항]

보철치료의 경우, 이미 보철치료를 받은 부위에 대하여 수리, 복구, 대체 및 치료를 받은 경우 보험금을 지급하지 않습니다. (단, 재식립 임플란트치료보장특약의 경우 재식립 임플란트보철치료보험금 제외)

※ 보존치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)의 경우 이미 보존치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)를 받은 부위에 대하여 새로운 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 새로운 재해를 직접적인 원인으로 수리, 복구, 대체 및 치료를 받은 경우 해당 치료 보험금을 지급합니다.

유형 2 | 최초계약의 계약일로부터 2년 이전에 다수의 영구치 발치후 보철치료를 받았으나 일부 영구치보철치료 보험금을 받지 못함

- F 고객은 치아보험을 가입하면서 임플란트치료의 경우 최초계약의 계약일로부터 2년 이내 연간 3개 한도로 보장한다는 설명을 듣고 가입함. 가입 후 1년이 경과한 시점에 5개의 영구치를 발치하고 해당 보험연도에 3개 그 다음 보험연도에 2개의 임플란트치료 받았으나, 다음 보험연도에 받은 2개의 임플란트치료에 대한 보험금 지급이 거절됨

[유의사항]

임플란트치료, 고정성가공의치(브릿지)치료 및 특정 임플란트치조골이식술치료의 경우 최초계약의 계약일로부터 2년 이내 연간 3개의 보장한도는 연간 발치한 영구치 개수 기준으로 산정하며, 연간 보장한도를 초과하여 발치한 영구치는 치료시기에 관계없이 보험금을 지급하지 않습니다.

유형 3 | 가입 후 90 일 이전에 충치를 원인으로 발치한 치아에 대해 영구치보철치료 보험금을 받지못함

- A 고객은 최초계약의 계약일로부터 2년이 경과한 후에 영구치를 발치하고 보철치료(임플란트/브릿지/틀니치료)를 받은 경우, 해당 보장금액의 100%가 보장된다는 설명을 듣고 치아보험을 가입함. 충치가 심해진 A 씨는 가입 후 90일 이전에 영구치를 발치하였고 최초계약의 계약일로부터 2년이 경과한 후에 임플란트치료를 받고 보험금을 청구하였으나 보험금 지급이 거절됨

[유의사항]

치과치료보장개시일은 최초계약의 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 따라서 최초계약의 「치과치료보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환)」을 원인으로 보험기간 중 영구치를 발치한 경우, 해당 영구치를 발치한 부위에 보철치료를 받더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

'영구치보철치료보험금', '특정임플란트치조골이식술치료보험금' 및 '영구치상실위로금'의 경우 최초계약의 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 2년 이내 지급사유가 발생한 경우 최초계약의 계약일부터 2년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 "계약일부터 2년 이내"란 계약일부터 2년이 되는 시점의 연계약해당일 전일까지를 말합니다.

'크라운치료보험금' 및 '보존치료보험금'의 경우 최초계약의 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 이내 지급사유가 발생한 경우 최초계약의 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 "계약일부터 1년 이내"란 계약일부터 1년이 되는 시점의 연계약해당일전일까지를 말합니다. 단, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금의 100%를 지급합니다.

[개인정보의 수집 · 이용, 조회 및 제공에 관한 고객권리안내문]

이 권리안내문은 금융거래시 개인정보의 수집 · 이용, 조회 및 제공에 대하여 동의를 하신 고객님에게 이와 관련된 고객님의 권리를 알려 드리기 위한 것입니다. 저희 삼성생명엔 고객님의 개인정보를 고객님께서 동의하신 목적 범위 내에서 최소한의 정보만을 수집 · 이용할 것이며, 동의하신 범위 이상으로 불법 · 부당하게 제공되지 않도록 엄격하게 관리하겠습니다.

고객님은 삼성생명이 처리하는 고객님의 개인정보와 관련하여 다음의 권리를 가집니다.

개인신용정보 수집 · 이용, 조회 및 제공 동의 철회(처리정지권)

- 계약 체결 3개월 이후부터 개인정보 수집 · 이용, 조회 및 제공 동의를 철회하실 수 있습니다. 다만, 계약의 유지 · 관리 · 상담, 기타 업무위탁에 따른 동의를 철회하는 경우에는 해당 영역의 제공을 받지 않을 것을 명확히 하여야 합니다.
- 개인정보 수집 · 이용, 조회 및 제공 동의를 철회하시고자 하는 경우에는 철회의 대상 및 내용 등을 특정하여 회사 대표전화(1588-3114)로 전화 하시거나, 인터넷 홈페이지(www.samsunglife.com) 또는 서면으로 철회의 의사표시를 하여 주시기 바라며, 이 경우 회사는 1개월 이내에 조치를 완료합니다.

상거래 거절 근거 신용정보의 고지 요구

- 금융회사가 신용정보집중기관, 신용조회회사 등으로부터 제공받은 개인정보에 근거하여 상거래관계 설정을 거절하거나 중지한 경우에는 그 거절 · 중지의 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭 · 주소 · 연락처 등을 고지해 줄 것을 금융회사에 요구할 수 있습니다.

금융상품 소개 등을 위한 제공 · 이용 동의 철회, 연락 중지 요청

- 고객님의 개인정보를 새로운 금융상품의 소개 등 영업목적 또는 서비스 제공목적으로 제공 · 이용에 대한 동의를 철회하거나 이러한 목적으로 고객님의 연락하는 것을 중지하도록 청구할 수 있습니다.
- 영업목적 이용 동의 철회 또는 연락 중지 청구는 무료 ARS 전화(080-331-3114) 또는 저희 회사 인터넷 홈페이지(www.samsunglife.com) MY 삼성생명에서 직접 처리하실 수 있으며(MY 삼성생명 이용을 위해서는 별도의 신청절차가 필요합니다), 이 경우 회사는 1개월 이내에 조치를 완료합니다.

제공 사실 통보 요구

- 고객님의 정보를 타인에게 제공한 사실이 있는 경우 고객플라자 방문, 회사 대표전화(1588-3114), 인터넷 홈페이지 이용의 방법으로 본인임을 확인 받아 최근 1년간의 정보 제공에 대하여 제공받는 자, 그 이용목적, 제공한 날짜, 제공한 본인정보의 주요내용 등을 알리도록 요구하거나 인터넷 홈페이지를 통하여 조회할 수 있도록 하여 줄 것을 요구할 수 있습니다.
- 당해 통보 요구가 있는 경우 회사는 7일 이내에 통보 또는 인터넷으로 조회할 수 있도록 조치합니다.

열람 및 정정 · 삭제 청구

- 고객플라자, 회사 대표전화(1588-3114), 인터넷 홈페이지 이용의 방법으로 본인임을 확인받아 저희 회사가 보유하고 있는 고객님의 정보 열람을 청구할 수 있으며, 이 경우 회사는 서면, 전자문서, 인터넷 홈페이지를 통하여 제공 또는 열람할 수 있도록 조치하여 드립니다.
- 제공 또는 열람한 고객님의 정보가 사실과 다른 경우에는 정정 · 삭제를 요구하실 수 있으며, 이 경우 회사는 정정 · 삭제청구가 정당한 사유가 있다고 인정되면 지체없이 해당 정보의 제공 · 이용을 중단한 후 사실인지를 조사하여 적의 조치한 후 그 처리결과를 7일 이내에 알려드립니다. 회사의 처리결과에 이의가 있으면 금융위원회에 그 시정을 요청할 수 있습니다.

본인정보의 무료 열람 요구

- 고객은 본인정보를 신용조회회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

개인정보 유출시 피해보상

- 삼성생명의 고의 또는 과실 등 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님에게 발생한 손해에 대해 관계법령 등에 따라 보상받을 수 있습니다.

※ 개인정보의 수집 · 이용, 조회, 제공 및 위 권리행사와 관련하여 불편하신 사항이 있는 경우에는 아래로 연락하시기 바랍니다.

- 당사 개인정보 관리 · 보호부서 : 02-2259-7007 (서울특별시 서초구 서초대로 74 길 11 (삼성전자빌딩))
- 금융감독원 : 국번없이 1332 (서울특별시 영등포구 여의대로 38)

※ 고객권리안내문의 내용을 변경하는 경우 인터넷 홈페이지에 게시 등으로 그 내용을 알려드립니다.

보험약관

- ▶ 상품 목차
- ▶ 주계약 약관
 - 상황별 목차
 - 조항별 목차
- ▶ 특약 약관
- ▶ 제도성특약 약관
- ▶ [부록] 약관에서 인용된 법령 내용
- ▶ 기타

■ 상품 목차

주계약

삼성인터넷치아보험(2203)(갱신형, 무배당)	1
---------------------------	---

특약일반사항

[특약약관]제1편일반사항	43
---------------	----

특약

※ 특약은 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

3대안과질환수술보장특약D5(갱신형, 무배당)	50
각막이식수술특약D5(갱신형, 무배당)	60
보존치료추가보장특약D10(갱신형, 무배당)	65
보철치료추가보장특약D10(갱신형, 무배당)	84
소액치과치료추가보장특약D10(갱신형, 무배당)	105
영구치상실위로금특약D10(갱신형, 무배당)	125
재식립임플란트치료보장특약(갱신형, 무배당)	144
재해치아파절진단특약D10(갱신형, 무배당)	164
크라운치료추가보장특약D10(갱신형, 무배당)	177
특정얼굴수술보장특약D5(갱신형, 무배당)	195
특정임플란트치조골이식술치료보장특약D10(갱신형, 무배당)	209

유첨

(유첨1)재해분류표	230
(유첨2)장해분류표	232
(유첨3)보험금을지급할때의적립이율계산	248

제도성특약

장애인전용보험전환특약	249
지정대리청구서비스특약	253

부록

[부록]약관에서인용된법령내용	255
-----------------	-----

■ 주계약 약관

삼성

인터넷치아보험(2203)(갱신형,무배당)

약관

■ 상황별 목차

다음과 같은 상황이 발생하였을 경우, 필요한 정보를 해당 약관 조항에서 확인하실 수 있습니다.

[조항번호는 주계약 약관 기준]

계약의 체결에 관하여	계약에서 쓰이는 용어를 알고 싶어요	· 제 2 조(용어의 정의)
	청약을 철회하고 싶어요	· 제 17 조(청약의 철회)
	계약 전 알릴 의무가 무엇인가요	· 제 13 조(계약 전 알릴 의무) · 제 14 조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)
	보장이 언제 시작되나요	· 제 23 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)
보험료의 납입에 관하여	보험료 납입면제사유를 알고 싶어요	· 제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)
	납입최고(독촉)이 무엇인가요	· 제 26 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
	보험을 부활시키고 싶어요	· 제 27 조(보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복))
보험금에 관하여	보험의 보장내용을 알고 싶어요	· 제 3 조(보험금의 지급사유)
	보험금은 청구하면 언제 지급되나요	· 제 8 조(보험금의 지급절차)
	보험금은 누구에게 지급되나요	· 제 11 조(보험수익자의 지정)
계약의 변경에 관하여	보험수익자를 변경하고 싶어요, 보험가입금액을 감액하고 싶어요	· 제 20 조(계약내용의 변경 등)
	주소 또는 연락처가 바뀌었어요	· 제 10 조(주소변경통지)
	계약을 해지하고 싶어요	· 제 29 조(계약자의 임의해지)
	보험나이는 어떻게 계산하나요	· 제 21 조(보험나이)

■ 조항별 목차

제1관 목적 및 용어의 정의		제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	
제 1 조 [목적]	5	제 13 조 [계약 전 알릴 의무]	18
제 2 조 [용어의 정의]	5	제 14 조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]	18
제 2 조의 2 [“유치”의 정의]	6	제 15 조 [사기에 의한 계약]	19
제 2 조의 3 [“영구치”의 정의]	6		
제 2 조의 4 [“치아”의 정의]	6	제 4 관 보험계약의 성립과 유지	
제 2 조의 5 [“치아우식증(충치)”, “치주질환(잇몸질환)”의 정의 및 진단 확정]	6	제 16 조 [보험계약의 성립]	19
제 2 조의 6 [“보철치료”의 정의]	6	제 16 조의 2 [계약의 보험기간 및 갱신]	19
제 2 조의 7 [“크라운치료”의 정의]	7	제 17 조 [청약의 철회]	20
제 2 조의 8 [“보존치료”의 정의]	7	제 18 조 [약관교부 및 설명의무 등]	20
제 2 조의 9 [“치수치료(신경치료)”의 정의]	7	제 19 조 [계약의 무효]	21
제 2 조의 10 [“영구치 발치”의 정의]	7	제 20 조 [계약내용의 변경 등]	21
제 2 조의 11 [보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인]	7	제 21 조 [보험나이]	22
제 2 조의 12 [보장의 대상이 되지 않는 “영구치 발치”의 원인]	8	제 22 조 [계약의 소멸]	22
제 2 조의 13 [“주요치주질환(잇몸질환)치료”의 정의]	8		
제 2 조의 14 [“치석제거치료”의 정의]	9	제 5 관 보험료의 납입	
제 2 조의 15 [“구내방사선 촬영”의 정의]	9	제 23 조 [제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시]	23
제 2 조의 16 [“파노라마 촬영”의 정의]	9	제 24 조 [제 2 회 이후 보험료의 납입]	23
제 2 조의 17 [“치과치료”의 정의]	10	제 25 조 [보험료의 자동대출납입]	24
제 2 조의 18 [“치과치료보장개시일”의 정의]	10	제 26 조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]	24
제 2 조의 19 [“방사선/파노라마촬영보장개시일”의 정의]	10	제 27 조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복)]	24
		제 28 조 [강제집행 등으로 인해 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]	25
제 2 관 보험금의 지급		제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등	
제 3 조 [보험금의 지급사유]	11	제 29 조 [계약자의 임의해지]	25
제 4 조 [보험금 지급에 관한 세부규정]	11	제 29 조의 2 [위법계약의 해지]	25
제 5 조 [보험금을 지급하지 않는 사유]	15	제 30 조 [중대사유로 인한 해지]	26
제 6 조 [보험금 지급사유의 발생통지]	16	제 31 조 [회사의 파산선고와 해지]	26
제 7 조 [보험금의 청구]	16	제 32 조 [해약환급금]	26
제 8 조 [보험금의 지급절차]	16	제 33 조 [보험계약대출]	26
제 9 조 [보험금 받는 방법의 변경]	17	제 34 조 [배당금의 지급]	26
제 10 조 [주소변경통지]	17		
제 11 조 [보험수익자의 지정]	17	제 7 관 분쟁의 조정 등	
제 12 조 [대표자의 지정]	17	제 35 조 [분쟁의 조정]	26
		제 36 조 [관할법원]	27
		제 37 조 [소멸시효]	27
		제 38 조 [약관의 해석]	27

제 39 조 [설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력]	27
제 40 조 [회사의 손해배상책임]	27
제 41 조 [개인정보보호]	28
제 42 조 [준거법]	28
제 43 조 [예금보험에 의한 지급보장]	28
(별표 1) 보험금 지급기준표	29
(별표 2) 치아우식증(충치) 분류표	34
(별표 3) 치주질환(잇몸질환) 분류표	35
(별표 4) 재 해 분 류 표	36
(별표 5) 주요치주질환(잇몸질환)치료 분류표	38
(별표 6) 구내방사선 촬영 분류표	38
(별표 7) 보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산	39
(붙 임) 치아 관련 용어 해설	40

삼성 인터넷치아보험(2203)(갱신형, 무배당) 약관

※ 이 계약의 갱신주기는 10년으로 합니다.

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적]

이 보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 [용어의 정의]

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
- 마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해: (별표4) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

설명	〈연단위 복리 예시〉
	원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자금액
	· 1년차 이자 = $\frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$
	· 2년차 이자 = $\frac{(100\text{원} + 10\text{원})}{\text{원금} \quad 1\text{년차 이자}} \times 10\% = 11\text{원}$
	→ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약의 최초계약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

다. 해약환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

다. 연계약해당일: 계약일부터 1년마다 돌아오는 매년의 계약해당일을 말합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 연계약해당일로 합니다.

설명	<해당 연도의 계약해당일이 없는 경우 예시> 계약일이 2020년 2월 29일인 경우 차년도 연계약해당일은 2021년 2월 28일입니다.
-----------	---

5. 계약의 갱신 관련 용어

- 가. 최초계약: 계약이 제16조(보험계약의 성립)에 따라 최초로 성립된 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약: 계약의 보험기간 만료 후 제16조의2(계약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일: 계약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2 [“유치”의 정의]

이 계약에서 “유치”라 함은 젓먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아(젓니)를 말합니다.

제2조의3 [“영구치”의 정의]

이 계약에서 “영구치”라 함은 유치가 빠진 후 나는 자연치아(간니 또는 성치(成齒))를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형 치아(예소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.

제2조의4 [“치아”의 정의]

이 계약에서 “치아(齒牙)”라 함은 “유치”와 “영구치”를 말합니다.

제2조의5 [“치아우식증(충치)”, “치주질환(잇몸질환)”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 계약에서 “치아우식증(충치)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[치아우식증(충치) 분류표]에 해당하는 것으로 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.
- ② 이 계약에서 “치주질환(잇몸질환)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3[치주질환(잇몸질환) 분류표]에 해당하는 것으로 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분되며, 염증 반응이 치은 조직에만 국한되었을 경우에는 치은(잇몸)염이라 하고, 치은(잇몸)염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 합니다.
- ③ “치아우식증(충치)” 또는 “치주질환(잇몸질환)”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 치과병원, 치과의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 치과 의사 면허를 가진 자(이하 “치과 의사”라 합니다)에 의합니다.

제2조의6 [“보철치료”의 정의]

- ① 이 계약에서 “보철치료”라 함은 치과 의사에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병원·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 받는 “임플란트(Implant)치료”, “고정성가공의치(브릿지, Bridge)치료”, “가철성의치(틀니, Denture)치료”를 말하며, 크라운치료는 제외합니다.
- ② “임플란트(Implant)치료”라 함은 점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 이물 성형 재료를 매식한 후, 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.
- ③ “고정성가공의치(브릿지, Bridge)치료”라 함은 치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로, 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구접착 되는 인공 보철물을 장착하는 치료를 말합니다.
- ④ “가철성의치(틀니, Denture)치료”라 함은 영구치 및 그와 연관된 조직이 결손이 되었을 때 인공적으로 대체하는 보철물(국소의치, 총의치)을 장착하는 시술을 말합니다. 국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며 금관, 지대치 혹은 다른 고정성 가공의치(브릿지) 및 점막에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 영구치가 하나도 없는 환자에게 인

공적인 방법과 수단으로 여러 가지 재료를 사용하여 제작하는 의치를 말하며 영구치 또는 인공치의 치열 전체, 보통 상설한 영구치와 주위 조직을 대신하는 인공 보철물을 말합니다.

제2조의7 [“크라운치료”의 정의]

이 계약에서 “크라운치료”라 함은 치관장착(Crown) 치료를 말하며, 치아에 손상이 생겨 삭제량이 많은 경우 또는 신경 치료로 인해 치아의 강도가 약해질 것이 예상되는 경우 치과의사에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병원·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 해당 치아의 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료를 말합니다.

제2조의8 [“보존치료”의 정의]

① 이 계약에서 “보존치료”라 함은 치과의사에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병원·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 치아에 손상이 생기는 경우에 손상된 부위를 원상 회복시켜 형태학적, 기능적 복구를 도모하는 치료로서, 아말감(Amalgam), 글래스아이노머(Glass ionomer : G.I), 복합레진(Composite resin), 인레이(Inlay) 또는 온레이(Onlay) 등을 이용하여 해당 치아의 손상된 부분을 보강하는 치료를 받는 경우를 말합니다. 다만, 상기 치과재료와 유사하거나 동등하다고 회사가 인정하는 치과재료가 있을 경우에는 그 치과재료를 이용한 보존치료도 보상하는 것으로 합니다.

② 제1항에서 “아말감(Amalgam)”이라 함은 치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 구리, 주석, 은 등의 합금과 수은의 혼합체를 말합니다.

③ 제1항에서 “글래스아이노머(Glass ionomer : G.I)”라 함은 치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 주로 산 부식 처리가 필요 없는 화학 접착으로 처리된 치과재료를 말합니다.

④ 제1항에서 “복합레진(Composite resin)”이라 함은 구강 충전 혹은 수복재료로 사용되는 치과용 플라스틱 레진(수지)을 말합니다.

⑤ 제1항에서 “인레이(Inlay) 또는 온레이(Onlay)”라 함은 제거된 충치부위의 분을 떼서 치과용 합금[치과용 플라스틱 레진(수지) 제외]을 이용하여 장착하는 방식으로 치아의 일부를 회복하는 치료방법을 말합니다.

제2조의9 [“치수치료(신경치료)”의 정의]

이 계약에서 “치수치료(신경치료)”라 함은 치아내부에 있는 치수(혈관이 밀집된 연조직)가 치아우식증(충치)에 감염되거나 치주질환(잇몸질환)으로 인해 손상된 경우, 치과의사에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병원·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 치수를 제거하여 통증이나 기타증상을 없애고 치아가 제자리에서 기능을 할 수 있도록 보존하는 치료를 말합니다.

제2조의10 [“영구치 발치”의 정의]

① 이 계약에 있어서 “영구치 발치”라 함은 치과의사가 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 수술을 말합니다.

② 제1항에서 정한 “영구치 발치”에 대한 판단은 치과의사에 의합니다.

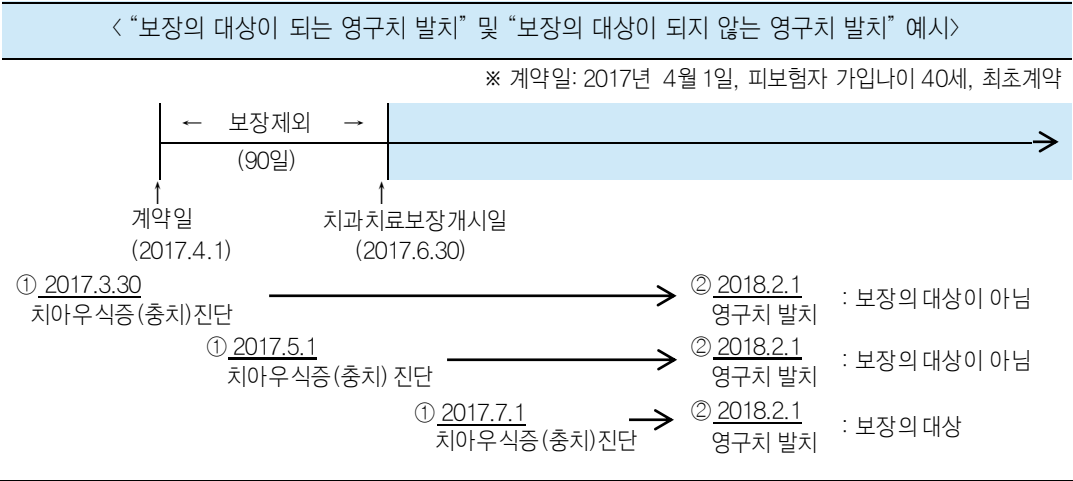
제2조의11 [보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인]

이 계약에서 제3조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제4호에 해당하는 보험금 지급사유의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인은 보험기간 중 「제2조의18(“치과치료보장개시일”의 정의)에서 정한 최초계약의 치과치료보장개시일」 이후에 진단 확정된 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 치아가 뿌리까지 손상되어 영구치의 전부 또는 일부라도 보존할 수 없다고 판단되어 영구치를 발치한 경우를 말합니다. 다만, 제2조의12(보장의 대상이 되지 않는 “영구치 발치”의 원인)에서 정한 원인으로 영구치를 발치한 경우는 제외합니다.

제2조의12 [보장의 대상이 되지 않는 “영구치 발치”의 원인]

이 계약에서 제3조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제4호에 해당하는 보험금 지급사유의 대상이 되지 않는 “영구치 발치”의 원인은 다음과 같습니다.

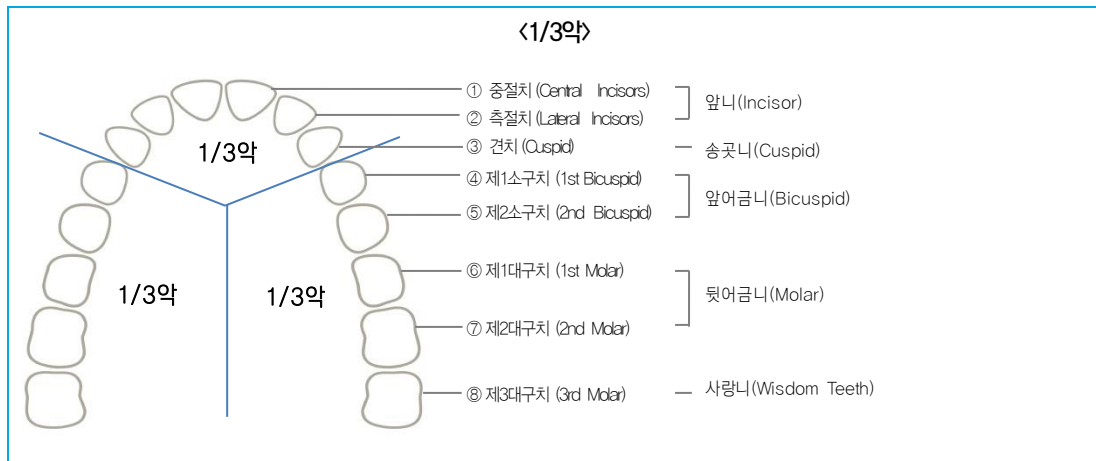
1. 제3대구치(사랑니)를 발치하는 경우
2. 의치보철준비
「치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해」가 발치의 직접적인 원인이 아니고, 치과치료를 위한 준비로서 영구치를 발치하는 경우
3. 치열교정준비 및 위치이상
부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발치하였거나 위치이상으로 심미적인 개선을 위해 발치하는 경우
4. 맹출장애
부분매복되거나, 완전매복되어 발치하는 경우
5. 「치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해」이외의 기타 원인으로 발치하는 경우
6. 「제2조의18(“치과치료보장개시일”의 정의)에서 정한 최초계약의 치과치료보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 「최초계약의 계약일 전에 발생한 재해」를 원인으로 보험기간 중 영구치를 발치한 경우



제2조의13 [“주요치주질환(잇몸질환)치료”의 정의]

① 이 계약에서 “주요치주질환(잇몸질환)치료”라 함은 “국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여”에서 치주질환치료가 필요하다고 인정한 기준[이하, “주요치주질환(잇몸질환) 치료 급여 인정 기준”이라 합니다]에 해당하는 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과에서 (별표5) 주요치주질환(잇몸질환)치료 분류표에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 이 계약에서 “1/3 악”이라 함은 치아전체[상악(윗니), 하악(아랫니)]를 각 좌측구치부, 우측구치부, 전치부로 3구역으로 나눈 단위로서 1인당 6개의 1/3 악을 가집니다. 전치부란 송곳니와 반대 송곳니부분에 해당하는 앞니(송곳니포함)에 해당하며, 구치부는 전치부 이외의 어금니 치아부분에 해당합니다.



③ 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “주요치주질환(잇몸질환) 치료 급여 인정 기준”이 폐지 또는 변경되어 제3조(보험금의 지급사유) 제6호에서 정한 주요치주질환치료보험금의 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “주요치주질환(잇몸질환) 치료 급여 인정 기준”을 따릅니다.

④ 제1항 및 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 (별표5) 주요치주질환(잇몸질환)치료 분류표 외에 “주요치주질환치료 급여 인정 기준”에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

제2조의14 [“치석제거치료”의 정의]

① 이 계약에서 “치석제거치료”라 함은 “국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여”에서 치주질환(잇몸질환) 치료를 목적으로 치석제거(스케일링)치료가 필요하다고 인정한 기준[이하, “치석제거(스케일링) 치료 급여 인정 기준”이라 합니다]에 해당하는 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과에서 치석제거(스케일링) 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “치석제거(스케일링)치료 급여 인정 기준”이 폐지 또는 변경되어 제3조(보험금의 지급사유) 제7호에서 정한 치석제거치료보험금의 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “치석제거(스케일링)치료 급여 인정 기준”을 따릅니다.

제2조의15 [“구내방사선 촬영”의 정의]

① 이 계약에서 “구내방사선 촬영”이라 함은 “국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여”에서 구내방사선 촬영이 필요하다고 인정한 기준(이하 “구내방사선 촬영 급여 인정 기준”이라 합니다)에 해당하는 경우로서 의료법 제3 조(의료기관)에서 정한 국내의 치과에서 (별표6) 구내방사선 촬영 분류표에 해당하는 촬영을 받은 경우를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “구내방사선 촬영 급여 인정 기준”이 폐지 또는 변경되어 제3조(보험금의 지급사유) 제8호에서 정한 구내방사선촬영보험금의 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “구내방사선 촬영 급여 인정 기준”을 따릅니다.

제2조의16 [“파노라마 촬영”의 정의]

① 이 계약에서 “파노라마 촬영”이라 함은 “국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여”에서 파노라마 촬영이 필요하다고 인정한 기준(이하 “파노라마 촬영 급여 인정 기준”이라 합니다)에 해당하는 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과에서 파노라마 촬영을 받은 경우를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “파노라마 촬영 급여 인정 기준”이 폐지 또는 변경되어 제3조(보험금의 지급사유) 제9호에서 정한 파노라마촬영보험금의 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “파노라마 촬영 급여 인정 기준”을 따릅니다.

제2조의17 [“치과치료”의 정의]

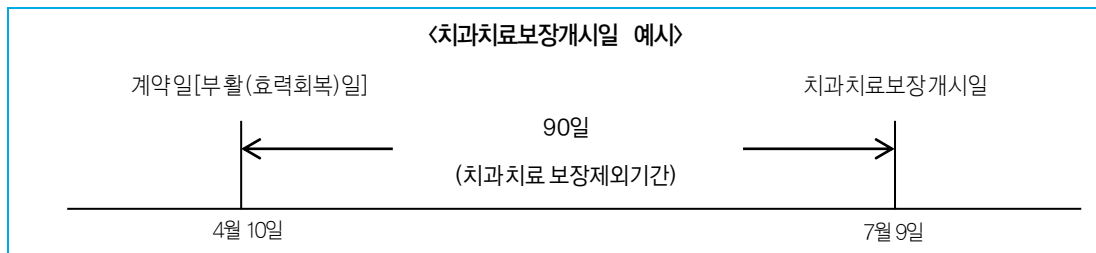
이 계약에서 “치과치료”라 함은 “보철치료”, “크라운치료”, “보존치료”, “영구치발치”, “치수치료(신경치료)”, “주요치주 질환(잇몸질환)치료” 및 “치석제거치료”를 말합니다.

제2조의18 [“치과치료보장개시일”의 정의]

① 제2조의17(“치과치료”의 정의)에서 정한 치과치료의 보장개시일은 최초계약일(계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 「치과치료보장개시일」이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만 다음 각 호 중 어느 하나에 해당하는 경우 치과 치료보장개시일은 최초계약일(계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)과 동일합니다.

1. 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 “보철치료, 크라운치료, 보존치료, 영구치발치 또는 치수치료(신경 치료)”를 받은 경우
2. 계약을 체결할 때(계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일 현재) 피보험자가 3세 미만인 경우

② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 치과치료보장개시일은 갱신일로 합니다. 또한 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 치과치료보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 “보철치료, 크라운치료, 보존치료, 영구치발치 또는 치수치료(신경치료)”를 받은 경우 치과치료보장개시일은 부활(효력회복)일과 동일합니다.

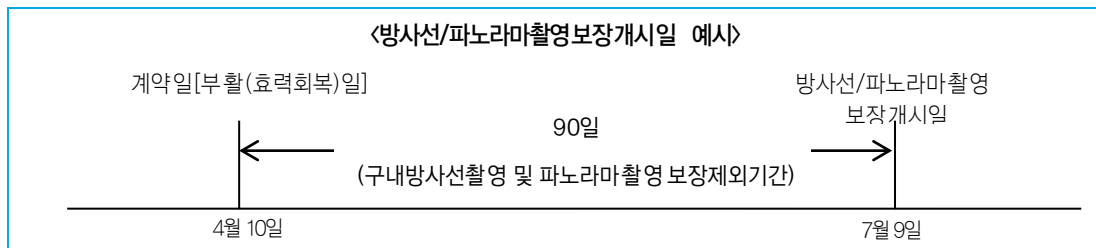


제2조의19 [“방사선/파노라마촬영보장개시일”의 정의]

① 제2조의15(“구내방사선 촬영”의 정의)에서 정한 구내방사선촬영의 보장개시일 및 제2조의16(“파노라마 촬영”의 정의)에서 정한 파노라마촬영의 보장개시일은 최초계약일(계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 「방사선/파노라마촬영보장개시일」이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만 다음 각 호 중 어느 하나에 해당하는 경우 방사선/파노라마 촬영보장개시일은 최초계약일(계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)과 동일합니다.

1. 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 “구내방사선촬영 또는 파노라마 촬영”을 받은 경우
2. 계약을 체결할 때(계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일 현재) 피보험자가 3세 미만인 경우

② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 방사선/파노라마촬영보장개시일은 갱신일로 합니다. 또한 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 방사선/파노라마촬영보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 “구내방사선촬영 또는 파노라마 촬영”을 받은 경우 방사선/파노라마촬영보장개시일은 부활(효력회복)일과 동일합니다.



제2 관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급 기준표” 참조)을 지급합니다. 단, 지급기준 및 보장한도 등은 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 (별표1) 보험금지급기준표를 따릅니다.

1. 피보험자가 최초계약의 치과치료보장개시일 이후에 「제2조의11(보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인)에서 정한 보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인으로 영구치를 발치하고, 보험기간 중 해당 영구치를 발치한 부위에 보철치료를 받은 경우」: 영구치보철치료보험금
2. 피보험자가 「“최초계약의 치과치료보장개시일 이후에 치아에 대하여 ‘치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)’으로 진단 확정 받고, 보험기간 중 해당 치아에 대하여 최초로 크라운치료를 받은 경우” 또는 “보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 해당 치아에 대하여 최초로 크라운 치료를 받은 경우」: 크라운치료보험금
3. 피보험자가 「“최초계약의 치과치료보장개시일 이후에 치아에 대하여 ‘치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)’으로 진단 확정 받고, 보험기간 중 해당 치아에 대하여 최초로 보존치료를 받은 경우” 또는 “보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 해당 치아에 대하여 최초로 보존치료를 받은 경우」: 보존치료보험금
4. 피보험자가 보험기간 중 치과치료보장개시일 이후에 「제2조의11(보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인)에서 정한 보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인으로 영구치 발치를 받은 경우」: 영구치발치보험금
5. 피보험자가 「“최초계약의 치과치료보장개시일 이후에 치아에 대하여 ‘치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)’으로 진단 확정 받고, 보험기간 중 해당 치아에 대하여 최초로 치수치료(신경치료)를 받은 경우” 또는 “보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 해당 치아에 대하여 최초로 치수치료(신경치료)를 받은 경우」: 치수치료보험금
6. 피보험자가 보험기간 중 치과치료보장개시일 이후에 주요치주질환(잇몸질환) 치료를 받은 경우: 주요치주질환치료보험금
7. 피보험자가 보험기간 중 치과치료보장개시일 이후에 치석제거치료를 받은 경우: 치석제거치료보험금
8. 피보험자가 보험기간 중 방사선/파노라마촬영보장개시일 이후에 구내방사선촬영을 받은 경우: 구내방사선촬영보험금
9. 피보험자가 보험기간 중 방사선/파노라마촬영보장개시일 이후에 파노라마 촬영을 받은 경우: 파노라마촬영보험금
10. 보험기간 중 피보험자의 영구치가 단 한 개도 상실되지 않고 피보험자가 보험기간이 끝날때까지 살아있을 경우: 영구치유지보험금[단, 최초계약의 계약일(갱신계약의 경우 갱신일) 현재 피보험자가 90세 이상인 경우에는 제외]

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

▶ 다음은 보험금 지급관련 특이 사항에 관한 설명입니다.

① 제3조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제9호의 경우 다음 각 호 중 어느 하나에 해당하는 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 「최초계약의 치과치료보장개시일 전일 이전에 “치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)”을 진단 확정 받은 치아에 대하여 「보철치료, 크라운치료, 보존치료 또는 치수치료(신경치료)」를 받거나 영구치 발치를 받은 경우
2. 「최초계약의 치과치료보장개시일 전일 이전에 발치한 영구치」에 대하여 보철치료를 받은 경우
3. 최초계약의 계약일 전에 발생한 재해를 직접적인 원인으로 「보철치료, 크라운치료, 보존치료 또는 치수치료(신경치료)」를 받거나 영구치 발치를 받은 경우
4. 「치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 진단확정일」 또는 「영구치 발치일」이 확실하지 않거나 알 수 없는

경우

5. 「치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해」 이외의 원인(치아교모증, 치경부 마모증, 치열교정 준비 등)으로 「보철치료, 크라운치료, 보존치료, 치수치료(신경치료)」를 받거나 영구치 발치를 받은 경우
 6. 이미 보존치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)를 받은 부위에 대하여 새로운 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해에 기인하지 않는 수리, 복구, 대체 및 치료를 받은 경우
 7. 이미 보철치료를 받은 부위에 대하여 수리, 복구, 대체 및 치료를 받은 경우
 8. 매복치(Embedded teeth) 및 매몰치(Impacted teeth) 또는 제3대구치(사랑니, Wisdom teeth)에 대하여 보철치료를 받은 경우
 9. 치아성형(Odontoplasty) 또는 라미네이트(Laminate, bonded porcelain restoration in the anterior dentition) 등 미용 목적의 치료
 10. 다른 치과치료를 위하여 임시 치과치료를 받은 경우
 11. 영구치 발치를 전제로 하지 않는 보철치료(선천적으로 영구치가 없는 경우에 보철치료를 받는 경우 포함)
- ② 제3조(보험금의 지급사유)에서 “최초”라 함은, 보험기간 중 최초계약의 치과치료보장개시일 이후에 「새롭게 진단 확정받은 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)」 또는 보험기간 중 새롭게 발생한 재해를 직접적인 원인으로 처음으로 치과치료를 받은 것을 의미하며, 첫번째 치료 이후에 이미 치과치료를 받은 원인과 동일한 원인으로 치과치료를 받은 경우는 보험금을 지급하지 않습니다.

설명	<p>〈제4조 제2항 예시〉</p> <p>피보험자가 최초계약의 치과치료보장개시일 이후에 상악 어금니(영구치) 1개에 치아우식증(충치)이 발생하여 보험기간 중 최초로 해당 영구치에 복합레진 보존치료를 받고 보험금을 지급 받았으나, 새로운 「치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 진단 확정」 또는 새로운 재해의 발생 없이 동일한 영구치에 다시 복합레진 보존치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.</p>
-----------	--

- ③ 제3조(보험금의 지급사유) 제2호, 제3호 및 제5호의 경우 이미 크라운치료, 보존치료, 치수치료(신경치료)를 받은 치아에 대하여 보험기간 중 최초계약의 치과치료보장개시일 이후에 「새롭게 진단 확정받은 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)」 또는 보험기간 중 새롭게 발생한 재해를 직접적인 원인으로 새로이 보존치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)를 받은 경우에도 해당 보험금을 지급합니다.
- ④ 제3조(보험금의 지급사유)의 제1호에서 제3호의 경우 하나의 치아에 대하여 두가지 이상의 치과치료를 포함하는 복합형태의 치료를 받은 경우 해당 보험금 중 가장 높은 한가지의 보험금만을 지급합니다.

설명	<p>〈제4조 제4항 예시〉</p> <p>피보험자가 최초계약의 치과치료보장개시일 이후에 상악 어금니(영구치) 1개에 치아우식증(충치)이 발생하여 보험기간 중 복합레진 보존치료를 받고 복합레진 보존치료가 종료되기 이전에 치과외과의 진단에 의하여 동일한 치아에 크라운 치료를 받은 경우, 해당 치료 종료시 크라운 치료에 대한 보험금만 지급합니다.</p>
-----------	---

- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)의 제6호의 경우 동일한 잇몸 부위에 동시에 두가지 이상의 주요치주질환(잇몸질환)치료를 받은 경우에는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 급여 항목이 발생한 치료에 대한 보험금만 지급합니다.
- ⑥ 피보험자에게 최초계약의 치과치료보장개시일 이후 최초계약의 계약일부 2년 이내에 제3조(보험금의 지급사유) 제1호에 해당하는 영구치보철치료보험금의 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일부 2년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 "계약일부 2년 이내"란 계약일부 2년이 되는 시점의 연계약해당일 전일까지를 말합니다. 단, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 영구치보철치료보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금의 100%를 지급합니다.
- ⑦ 피보험자에게 최초계약의 치과치료보장개시일 이후 최초계약의 계약일부 1년 이내에 제3조(보험금의 지급사유) 제2호 및 제3호에 해당하는 크라운치료보험금 및 보존치료보험금의 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일부 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 "계약일부 1년 이내"란 계약일부 1년이 되는

구 분		최초계약의 계약일부터 경과기간	보장한도	비고
1. 영구치보철 치료보험금	임플란트치료	2년 이내	연간 3개 (연간 발치한 영구치 개수 기준)	연간 보장한도를 초과하여 발치한 영구치는 치료시기에 관계없이 보험금을 지급하지 않음
		2년 초과 및 갱신계약	한도 없음	-
	고정성가공의치 (브릿지)치료	2년 이내	연간 3개 (연간 발치한 영구치 개수 기준)	연간 보장한도를 초과하여 발치한 영구치는 치료시기에 관계없이 보험금을 지급하지 않음
		2년 초과 및 갱신계약	한도 없음	-
	가철성의치 (틀니)치료	전기간	연간 1회	연간 보장한도를 초과하여 치료한 경우 보험금을 지급하지 않음
	2. 크라운치료보험금	전기간	연간 「유치 3개 및 영구치 3개」	연간 보장한도를 초과하여 치료한 치아는 보험금을 지급하지 않음
3. 보존치료보험금	전기간	한도 없음	-	
4. 영구치발치보험금				
5. 치수치료보험금				
6. 주요치주질환치료보험금				
7. 치석제거치료보험금	전기간	연간 1회	연간 보장한도를 초과하여 치료한 경우 보험금을 지급하지 않음	
8. 구내방사선촬영보험금	전기간	한도 없음	-	
9. 파노라마촬영보험금	전기간	연간 1회	연간 보장한도를 초과하여 촬영한 경우 보험금을 지급하지 않음	

⑩ 피보험자가 보험기간 중 최초계약의 치과치료보장개시일 이후 제3조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제7호에 정한 치과치료가 필요하다는 진단을 받았으나 치과의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 만료 후 치료를 계속하는 경우, 보험기간 만료 후 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일) 이내의 치료는 보험기간이 만료 된 날의 전일이 속한 보험연도의 연간 보장한도 내에서 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

용어	<보험연도>
해설	당해연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매 1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어, 보험계약일이 2014년 8월 15일인 경우 보험연도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년이 됩니다.

⑪ 제9항 및 제10항의 “연간”이란 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 연계약해당일 전일까지의 기간을 의미하며, 보장한도 산정의 기준일자는 치료시작일(영구치보철치료보험금의 경우는 영구치 발치일)로 합니다.

설명	<제4조 제11항 보장한도 산정 예시> 2017년 4월 1일에 계약을 체결한 피보험자가 최초계약의 치과치료보장개시일 이후에 영구치 1개에 치아 우식증(충치)을 진단 받고, 해당 영구치에 대하여 2018년 3월 27일에 크라운 치료를 시작하여 2018년 4월 3일에 치료가 종료된 경우, 해당 크라운 치료는 1차년도 연간(2017.4.1 ~ 2018.3.31) 보장한도에 산정되며, 2차년도 연간(2018.4.1 ~ 2019.3.31) 보장한도에는 산정되지 않습니다.
-----------	--

<연간 계산 예시>

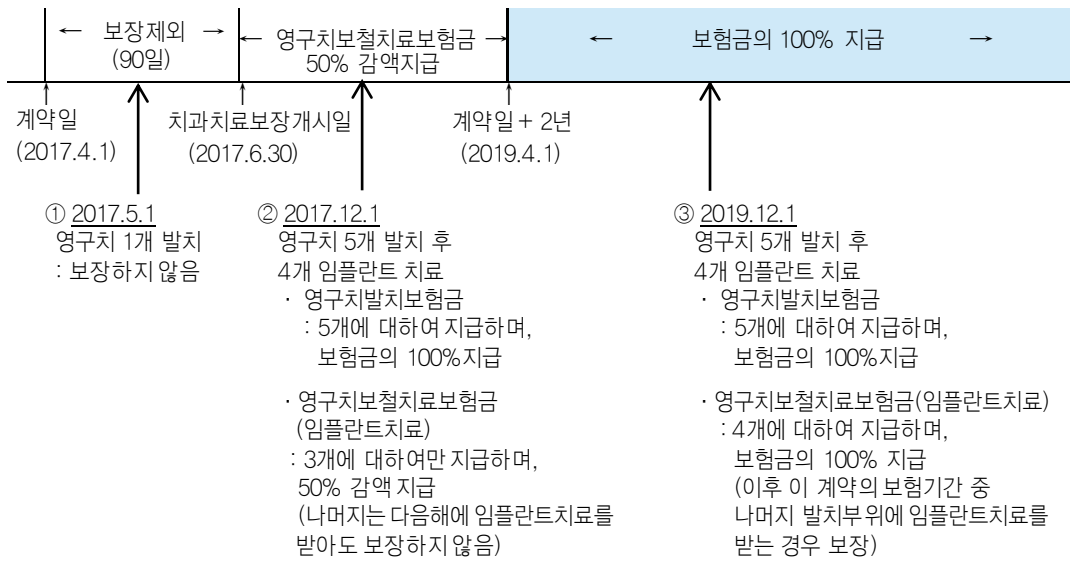
※ 계약일: 2017년 4월 1일



<보험금 지급 예시>

※ 계약일: 2017년 4월 1일(최초계약)

(사례) 영구치발치 및 임플란트 치료 [치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 발생 시]



(주) 상기 보험금 지급 예시는 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 진단확정일과 영구치 발치 및 임플란트치료 시점이 동일함을 가정한 예시입니다.

⑫ 제3조(보험금의 지급사유) 제10호의 경우 제2조의12(보장의 대상이 되지 않는 “영구치 발치”의 원인) 제1호에서 제6호에 정한 원인으로 영구치를 발치한 경우는 해당 영구치가 상실된 것으로 보지 않습니다.

⑬ 제3조(보험금의 지급사유) 제10호에서 정한 영구치유지보험금은 최초계약의 계약일(갱신계약의 경우 갱신일) 현재 피보험자가 90세 이상인 경우에는 지급하지 않습니다.

⑭ 이 계약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

▶ 다음은 보험금 지급의 합의에 관한 설명입니다.

⑮ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제10호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다.

- 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조 [보험금 지급사유의 발생통지]

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제7조 [보험금의 청구]

- ① 보험수익자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서[사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 진료기록부, 국민건강보험법의 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 진료비 영수증 또는 요양급여비용명세서 등]
 - 3. 치과치료 관련 증명서
 - 가. 아래 내용이 포함된 치과치료 확인서(회사양식) 및 치과진료기록
 - (1) 치료한 치아(보철치료의 경우 발치한 영구치)의 명칭 및 위치 또는 치아번호
 - (2) 해당 치아의 내원 당시의 치아상태
 - (3) 직접적인 치료원인(보철치료의 경우 발치 원인)
 - (4) 치료받은 치과치료의 종류(보존치료의 경우 보존치료재료 및 치료치아면 포함)
 - (5) 치과 내원일, 진단확정일, 치료시작일(보철치료의 경우 발치일자) 및 치료종료(예정)일
 - (6) 진단명 및 진단명에 해당하는 한국표준질병·사인분류번호
 - 나. 영구치 발치 전후 및 치과치료 전후의 X-ray 사진
 - 다. 회사가 상기 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하여 추가로 요청하는 구강 내 사진 또는 이에 준하는 판독 자료
 - 4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 5. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항에서 정한 사고증명서 및 치과치료관련증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원(치과치료관련증명서의 경우 치과병원이나 치과의원) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 [보험금의 지급절차]

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제3조(보험금의 지급사유) 제10호의 영구치유지보험금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려 드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표7(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 - 1. 소송제기

2. 분쟁조정신청(다만, 대상기관은 금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제15항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

용어	<보험금 가지급제도>
해설	지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 계약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제10조 [주소변경통지]

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 서면, 전화 등을 통하여 지체 없이 그 변경 내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경 내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조 [보험수익자의 지정]

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제12조 [대표자의 지정]

① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 계약자들이 연대(連帶)하여 부담합니다.

용어	<연대(連帶)>
해설	2인 이상의 계약자가 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지는 것을 말하며(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 계약자 1인이 책임을 이행하는 경우 나머지 계약자는 책임을 면하게 됩니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 이를 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법상 "고지 의무"와 같습니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제14조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
 3. 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때. 단, 진단계약의 경우 질병에 대하여는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 1년이 지났을 때.
 4. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 5. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 6. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
- 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

설명	계약을 청약하면서 보험설계사 등에게 고혈압이 있다고만 이야기하고 청약서의 계약 전 알릴 사항에는 기재하지 않아 회사가 고혈압이 있다는 사실을 알지 못하였다면, 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.
-----------	--

② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이익을 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제13조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제27조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복)]에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다].

제15조 [사기에 의한 계약]

① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사행에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 여기서 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, '감액으로 회사가 실제 지급한 금액'을 차감한 금액입니다.

제4 관 보험계약의 성립과 유지

제16조 [보험계약의 성립]

① 계약은 계약자의 청약(講約)과 회사의 승낙(承諾)으로 이루어집니다.

② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 「평균공시이율 +1%」를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다도 최초계약의 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제26조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제27조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제16조의2 [계약의 보험기간 및 갱신]

① 이 계약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 갱신일부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 10년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 이 계약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면, 이 계약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제26조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 계약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 연계약해당일의 전일로 합니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 이 계약의 보험기간 만료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우 이 계약을 갱신할 수 없습니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신 시의 기초율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 계약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 계약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제17조 [청약의 철회]

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회(撤回)할 수 있습니다. 다만, 전문금융소비자(단체보험계약자, 주권상장법인 제외)가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

용어 해설	<p><전문금융소비자> 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.</p> <p><일반금융소비자> 전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.</p>
------------------	--

- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(단, 전화를 통해 가입하는 계약 중 계약자의 나이가 만65세 이상인 계약은 45일)이 초과한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회 의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하, '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드 회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- ⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- ⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제18조 [약관교부 및 설명의무 등]

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자우편
3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

용어	<통신판매계약>
해설	전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ③ 다음의 어느 하나의 경우 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
1. 회사가 제1항에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약할 때 계약자에게 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
 2. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우
여기서 "자필서명"은 도장을 찍는 날인과 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
 2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

용어	<법정상속인>
해설	피상속인의 사망으로 인하여 민법의 규정에 의한 상속순서에 따라 상속받는 자

- ⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 여기서 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, '감액으로 회사가 실제 지급한 금액'을 차감한 금액입니다.

제19조 [계약의 무효]

- ① 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 해당 계약은 유효한 계약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다. 여기서 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, '감액으로 회사가 실제 지급한 금액'을 차감한 금액입니다.
- ② 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우 및 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제20조 [계약내용의 변경 등]

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 보험료의 납입방법
 2. 보험가입금액
 3. 계약자
 4. 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

설명	계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.
-----------	---

③ 회사는 계약자가 제1항 제2호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제21조 [보험나이]

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 연계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③ 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 사항이 신분증에 기재된 사실과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다. 여기서 "신분증"이란 주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증을 말합니다.

④ 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전후의 계약자적립액 또는 해약환급금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

설명	<보험나이 >	
	보험나이란 보험료 산정의 기준이 되는 나이로서 피보험자의 출생일부터 계약일까지의 기간을 기준으로 합니다. 실제 만 나이는 보험나이와 다를 수 있습니다.	
	<보험나이 계산 예시>	
	생년월일 : 1974년 9월 18일	
	예1) 계약일: 2020년 1월 18일	예2) 계약일: 2020년 6월 20일
2020년 1월 18일	2020년 6월 20일	
- 1974년 9월 18일	- 1974년 9월 18일	
<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/>	<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/>	
만 45년 4월 0일	만 45년 9월 2일	
→ 보험나이 45세	→ 보험나이 46세	

제22조 [계약의 소멸]

① 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 사망하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

용어 해설	<p><산출방법서> "보험료 및 해약환급금 산출방법서"로서 이 보험의 보험료, 계약자적립액, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재한 기초서류를 말하며, 이하 같습니다.</p> <p><계약자적립액> 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.</p>
--------------	---

② 제1항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

용어	<실종선고>
해설	어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 일정절차에 따라 법원이 사망한 것으로 인정하는 제도

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5 관 보험료의 납입

제23조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

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

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 단, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 재해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 제1항에도 불구하고 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

⑤ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다. 이때, 초과 청약액에 해당하는 보험료는 돌려 드립니다.

⑥ 제1항 및 제2항에도 불구하고 치과치료보장개시일은 제2조의18(“치과치료보장개시일”의 정의)에서 정한 「치과치료보장개시일」로 하며, 구내방사선촬영 및 파노라마촬영 보장개시일은 제2조의19(“방사선/파노라마촬영보장개시일”의 정의)에서 정한 「방사선/파노라마촬영보장개시일」로 합니다.

제24조 [제2회 이후 보험료의 납입]

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를

영수증으로 대신합니다.

용어	〈납입기일〉
해설	계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제25조 [보험료의 자동대출납입]

이 계약은 보험료의 자동대출납입을 적용하지 않습니다.

제26조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다. 여기서, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

용어	〈납입최고(독촉)〉
해설	약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

제27조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복)]

① 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 여기서 "해약환급금을 받지 않은 경우"는 보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다.

회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 계약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 제2항에서 제4항 및 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다. 다만, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

③ 제1항에 따라 계약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 및 이전의 모든 부활(효력회복)을 청약할 때 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

용어	<부활(효력회복)>
해설	보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

제28조 [강제집행 등으로 인해 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

용어	<강제집행>
해설	국가의 집행기관이 채권자를 위하여 사법상의 청구권을 국가권력을 가지고 강제적으로 실현하는 법적 절차
	<담보권실행>
	채무자가 채무를 갚지 않을 경우, 채무이행을 확보할 수 있도록 제공된 담보로부터 담보권자가 채무를 변제 받는 절차
	<국세 및 지방세 체납처분절차>
	납세자가 국세 및 지방세를 납부 기한까지 납부하지 않는 경우에 국세징수법 또는 지방세징수법에 따라 행하는 압류 및 공매 처분 등 절차

- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제29조 [계약자의 임의해지]

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제29조의2 [위법계약의 해지]

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반 사항이 있는 경우 계약체결일로부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 「금융소비자보호에 관한 법률 시행령」 제38조제4항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제32조(해약환급금) 제3항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할

수 있습니다.

제30조 [중대사유로 인한 해지]

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

설명	입원특약에 가입한 피보험자가 20일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 입원일수 20일에 해당하는 보험금을 지급합니다.
-----------	---

- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험수익자가 2명 이상인 경우, 제1항 제1호에서 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자 외에 다른 수익자에게는 그 수익자 몫에 해당하는 보험금의 일부를 지급하고, 계약자에게는 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자가 받을 수 있었던 보험금에 해당하는 해약환급금을 지급합니다.

제31조 [회사의 파산선고와 해지]

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제32조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 드립니다.

제32조 [해약환급금]

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표7(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제29조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제33조 [보험계약대출]

이 계약은 보험계약대출을 운용하지 않습니다.

제34조 [배당금의 지급]

이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제35조 [분쟁의 조정]

- ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본

의 제공 또는 청취를 포함합니다)을 요구할 수 있습니다.

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁 사건에 대하여 조정 절차가 개시된 경우에는 관계법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제36조 [관할법원]

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

제37조 [소멸시효]

보험금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

설명	<소멸시효> 보험금 등의 지급사유가 2015년 1월 2일에 발생하였음에도 2018년 1월 2일까지 보험금 등을 청구하지 않는 경우 시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.
-----------	--

제38조 [약관의 해석]

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

용어 해설	<신의성실의 원칙> 계약관계에 있는 당사자들이 권리를 행사하거나 의무를 이행할 때 상대방의 정당한 이익을 배려해야 하고 신뢰를 저버리지 않도록 행동해야한다는 원칙을 말합니다.
------------------	---

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제39조 [설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력]

① 회사는 일반금융소비자에게 청약의 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명, 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다. 여기서 “서명”은 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사 간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약의 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다)내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제40조 [회사의 손해배상책임]

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

용어	<현저하게 공정을 잃은 합의>
해설	회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제41조 [개인정보보호]

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

제42조 [준거법]

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 「금융소비자보호에 관한 법률」, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제43조 [예금보험에 의한 지급보장]

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

용어	<예금자보호법>
해설	금융기관이 파산 등의 사유로 예금 등을 지급할 수 없는 상황에 대처하기 위하여 예금보험제도 등을 효율적으로 운영함으로써 예금자 등을 보호하고 금융제도의 안정성을 유지하는 데 이바지하기 위해 제정된 법률을 말합니다.

보험금 지급기준표

회사는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

(1) 영구치보철치료보험금(약관 제3조 제1호)

지급사유	피보험자가 최초계약의 치과치료보장개시일 이후에 「제2조의1 1(보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인)에서 정한 보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인으로 영구치를 발치하고, 보험기간 중 해당 영구치를 발치한 부위에 보철치료를 받은 경우」		
지급금액	(기준: 보험가입금액)		
	◇ 최초계약의 계약일부터 2년 초과		
	구분	지급금액	보장한도
	임플란트치료	5% (영구치 발치 1개당 지급)	한도 없음
	고정성가공의치(브릿지)치료	2.5% (영구치 발치 1개당 지급)	한도 없음
	가철성의치(틀니)치료	5% (보철물당 지급)	연간 1회
	◇ 최초계약의 계약일부터 2년 이내		
	구분	지급금액	보장한도
	임플란트치료	2.5% (영구치 발치 1개당 지급)	연간 3개 (연간 발치한 영구치 개수 기준)
	고정성가공의치(브릿지)치료	1.25% (영구치 발치 1개당 지급)	연간 3개 (연간 발치한 영구치 개수 기준)
	가철성의치(틀니)치료	2.5% (보철물당 지급)	연간 1회
	(주) 1. 최초계약의 계약일부터 2년 이내에 「보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우」의 지급금액은 “최초계약의 계약일부터 2년 초과”시와 동일하게 적용합니다. 2. 갱신계약의 지급금액 및 보장한도는 “최초계약의 계약일부터 2년 초과”시와 동일하게 적용합니다.		

(2) 크라운치료보험금(약관 제3조 제2호)

지급사유	피보험자가 「“최초계약의 치과치료보장개시일 이후에 치아에 대하여 ‘치아우식증(충치) 또는 치주 질환(잇몸질환)’ 으로 진단 확정 받고 보험기간 중 해당 치아에 대하여 최초로 크라운치료를 받은 경우” 또는 “보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 해당 치아에 대하여 최초로 크라운치료를 받은 경우”」 (치료한 치아 1개당 지급)		
지급금액	(기준: 보험가입금액)		
	구 분	지급금액	보장한도
	최초계약의 계약일부 1년 초과	2.5%	연간 「유치 3개 및 영구치 3개」
	최초계약의 계약일부 1년 이내	1.25%	
	(주) 1. 최초계약의 계약일부 1년 이내에 「보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우」의 지급금액은 “최초계약의 계약일부 1년 초과” 시와 동일하게 적용합니다. 2. 갱신계약의 지급금액 및 보장한도는 “최초계약의 계약일부 1년 초과” 시와 동일하게 적용합니다.		

(3) 보존치료보험금(약관 제3조 제3호)

지급사유	피보험자가 「“최초계약의 치과치료보장개시일 이후에 치아에 대하여 ‘치아우식증(충치) 또는 치주 질환(잇몸질환)’ 으로 진단 확정 받고 보험기간 중 해당 치아에 대하여 최초로 보존치료를 받은 경우” 또는 “보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 해당 치아에 대하여 최초로 보존치료를 받은 경우”」 (치료한 치아 1개당 지급)		
지급금액	(기준: 보험가입금액)		
	◇ 최초계약의 계약일부 1년 초과		
	구 분	지급금액	
	인레이, 온레이	1.5%	
	복합레진	0.5%	
	아말감, 글래스아이노머	0.1%	
	◇ 최초계약의 계약일부 1년 이내		
	구 분	지급금액	
	인레이, 온레이	0.75%	
	복합레진	0.25%	
	아말감, 글래스아이노머	0.05%	
	(주) 1. 최초계약의 계약일부 1년 이내에 「보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우」의 지급금액은 “최초계약의 계약일부 1년 초과” 시와 동일하게 적용합니다. 2. 갱신계약의 지급금액은 “최초계약의 계약일부 1년 초과” 시와 동일하게 적용합니다.		

(4) 영구치발치보험금(약관 제3조 제4호)

지급사유	피보험자가 보험기간 중 치과치료보장개시일 이후에 「제2조의11(보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인)에서 정한 보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인으로 영구치 발치를 받은 경우」 (영구치 발치 1개당 지급)
지급금액	보험가입금액의 0.2%

(5) 치수치료보험금(약관 제3조 제5호)

지급사유	피보험자가 「“최초계약의 치과치료보장개시일 이후에 치아에 대하여 ‘치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)’으로 진단 확정 받고 보험기간 중 해당 치아에 대하여 최초로 치수치료(신경치료)를 받은 경우” 또는 “보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 해당 치아에 대하여 최초로 치수치료(신경치료)를 받은 경우”」 (치료한 치아 1개당 지급)
지급금액	보험가입금액의 0.2%

(6) 주요치주질환치료보험금(약관 제3조 제6호)

지급사유	피보험자가 보험기간 중 치과치료보장개시일 이후에 주요치주질환(잇몸질환)치료를 받은 경우
지급금액	보험가입금액의 0.2% [별표5(주요치주질환(잇몸질환)치료분류표)에 따라 지급]

(7) 치석제거치료보험금(약관 제3조 제7호)

지급사유	피보험자가 보험기간 중 치과치료보장개시일 이후에 치석제거치료를 받은 경우
지급금액	보험가입금액의 0.1% (연간 1회 한도)

(8) 구내방사선촬영보험금(약관 제3조 제8호)

지급사유	피보험자가 보험기간 중 방사선/파노라마촬영보장개시일 이후에 구내방사선촬영을 받은 경우(촬영 1회당 지급)
지급금액	보험가입금액의 0.05%

(9) 파노라마촬영보험금(약관 제3조 제9호)

지급사유	피보험자가 보험기간 중 방사선/파노라마촬영보장개시일 이후에 파노라마 촬영을 받은 경우(촬영 1회당 지급)
지급금액	보험가입금액의 0.1% (연간 1회 한도)

(10) 영구치유지보험금(약관 제3조 제10호)

지급사유	보험기간 중 피보험자의 영구치가 단 한 개도 상실되지 않고 피보험자가 보험기간이 끝날때까지 살아있을 경우 [단, 최초계약의 계약일(갱신계약의 경우 갱신일) 현재 피보험자가 90세 이상인 경우에는 제외]
지급금액	보험가입금액의 10%

- (주) 1. 이 계약의 치과치료보장개시일은 최초계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 「보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 “보철치료, 크라운치료, 보존치료, 영구치발치 또는 치수치료(신경치료)”를 받은 경우」 또는 「계약을 체결할 때[부활(효력회복)일 현재] 피보험자가 3세 미만인 경우」의 치과치료보장개시일은 최초계약일[부활(효력회복)일]과 동일합니다.
2. (주)1에도 불구하고 갱신계약의 치과치료보장개시일은 갱신일로 합니다. 또한 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 치과치료보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 “보철치료, 크라운치료, 보존치료, 영구치발치 또는 치수치료(신경치료)”를 받은 경우 치과치료보장개시일은 부활(효력회복)일과 동일합니다.
3. 이 계약의 방사선/파노라마촬영보장개시일은 최초계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 「보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 “구내방사선촬영 또는 파노라마촬영”을 받은 경우」 또는 「계약을 체결할 때[부활(효력회복)일 현재] 피보험자가 3세 미만인 경우」의 방사선/파노라마촬영보장개시일은 최초계약일[부활(효력회복)일]과 동일합니다.
4. (주)3에도 불구하고 갱신계약의 방사선/파노라마촬영보장개시일은 갱신일로 합니다. 또한 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 방사선/파노라마촬영보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 “구내방사선촬영 또는 파노라마촬영”을 받은 경우 방사선/파노라마촬영보장개시일은 부활(효력회복)일과 동일합니다.
5. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 “최초”란, 보험기간 중 최초계약의 치과치료보장개시일 이후에 「새롭게 진단 확정받은 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)」 또는 보험기간 중 새롭게 발생한 재해를 직접적인 원인으로 처음으로 치과치료를 받은 것을 의미하며, 첫번째 치료 이후에 이미 치과치료를 받은 원인과 동일한 원인으로 치과치료를 받은 경우는 보험금을 지급하지 않습니다.
6. 제3조(보험금의 지급사유)의 제1호에서 제3호의 경우 하나의 치아에 대하여 두가지 이상의 치과치료를 포함하는 복합형태의 치료를 받은 경우 해당 보험금 중 가장 높은 한가지의 보험금만을 지급합니다.
7. 제3조(보험금의 지급사유)의 제6호의 경우 동일한 잇몸 부위에 동시에 두가지 이상의 주요치주질환(잇몸질환)치료를 받은 경우에는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 치료에 대한 보험금만 지급합니다.
8. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 “계약일부터 2년 이내”란 계약일부터 2년이 되는 시점의 연계약해당일 전일까지를 말하며, “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 연계약해당일 전일까지를 말합니다.
9. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 1년 이내(영구치보철치료보험금의 경우 최초계약의 계약일부터 2년 이내)의 보험금 감액과 관련한 사항은 영구치보철치료보험금의 경우 영구치 발치일을 기준으로 계산하며, 크라운치료보험금 및 보존치료보험금의 경우는 크라운치료와 보존치료의 치료시작일을 기준으로 계산함

니다.

10. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 연계약해당일 전일까지의 기간을 의미하며, 보장한도 산정의 기준일자는 치료시작일(영구치보철치료보험금의 경우는 영구치 발치일)로 합니다.
11. 제3조(보험금의 지급사유) 제10호의 경우 제2조의12(보장의 대상이 되지 않는 “영구치 발치”의 원인) 제1호에서 제6호에 정한 원인으로 영구치를 발치한 경우는 해당 영구치가 상실된 것으로 보지 않습니다.

치아우식증(충치) 분류표

① 약관에 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 치아우식	K02
· 치수 및 근단주위조직의 질환	K04

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
-----------	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
-----------	---

치주질환(잇몸질환) 분류표

① 약관에 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 치은염(잇몸염) 및 치주질환(잇몸질환)	K05

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
-----------	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
-----------	--

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급 감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉 노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - '법적 개입' 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ '외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)' 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고 [단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장]
- ④ '자연의 힘에 노출(X30~X39)' 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ '우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)' 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

㉞ 1. 위 () 안의 내용은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)상의 분류 번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 발생(진단) 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 있었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」가 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다. 반대로 피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」인 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 봅니다.

2. 발생(진단) 시점에 상기 “1.재해의 정의 및 2.재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부가 확인된 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 재해의 분류가 추가 또는 제외되더라도 상기 “1.재해의 정의 및 2.재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다면, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 「재해」로 볼 수 있어 「재해 발생(진단)」 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다.

3. 위 「1. 재해의 정의 ㉔」에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, 「2. 재해에 해당되지 않는 사항 ㉔」에 해당되더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

별표5

주요치주질환(잇몸질환)치료 분류표

치료명	지급기준
1. 치주소파술 2. 치은신부착술 3. 치은성형술 4. 치은절제술 5. 치은박리소파술 6. 치근면처치술	1/3약당
7. 치조골결손부 골이식술 8. 조직유도재생술 9. 조직유도재생막 제거술 10. 치은축방변위판막술 11. 치관변위판막술 12. 치은이식술 13. 치관분리술	치료1회당
14. 선택적치근절제술[1치당] 15. 치아반축절제술[1치당] 16. 치관확장술[1치당]	치료치아1개당

(주) 동일한 잇몸 부위에 동시에 두가지 이상의 주요치주질환(잇몸질환)치료를 받은 경우에는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 급여 항목이 발생한 치료에 대한 보험금만 지급합니다.

별표6

구내방사선 촬영 분류표

분류표
치근단 (Periapical View)
교익 (Bitewing View)
교합 (Occlusal View)

보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산

구 분	적립 기간	적립 이율
영구치보철치료보험금, 크라운치료보험금, 보존치료보험금, 영구치발치보험금 치수치료보험금, 주요치주질환치료보험금, 치석제거치료보험금, 구내방사선촬영보험금, 파노라마촬영보험금 (제3조 제1호에서 제9호)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
영구치유지보험금 (제3조 제10호) 및 해약환급금 (제32조 제1항 및 제3항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 1. 영구치유지보험금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급 사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 지급이자도 소멸시효(제37조)가 적용됩니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용 시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

치아 관련 용어 해설

※ 이 표의 치아 관련 용어 해설은 계약자의 이해를 돕기 위한 일반적 해설이므로, 이 계약의 보험금 지급사유 등에 적용되는 자세한 용어의 정의는 약관 본문을 참조하시기 바랍니다.

□ 치아




용어	설명	
유치	젖먹이때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아(젖니)	
영구치	유치가 빠진 후 나는 자연치아 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치[치식(齒式)]에 맞지 않고 여분으로 난 치아 및 선천적 기형 치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외	
매복치(매몰치)	정상적으로 치아가 봉출해야할 시기에 밖으로 나오지 못하고 잇몸안에 남아있는 치아	
제3대구치	사랑니	
치수	치아 내부 치수관을 채우고 있는 부드러운 조직으로, 신경과 혈관이 풍부하게 분포해 있음	
치근 (치아뿌리)	잇몸 안에 묻혀 있는 치아의 아래쪽 부분으로, 치조골 내에 심어져 있어 치아를 고정·유지시켜주는 역할을 함	



□ 치아 관련 질병

용어	설명
치아우식증 (충치)	제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당하는 것으로 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환
치주질환 (잇몸질환)	제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 K05[치은염(잇몸염) 및 치주질환(잇몸질환)]에 해당하는 것으로 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분됨 ※ 치은(잇몸)염: 염증 반응이 치은 조직에만 국한된 경우 ※ 치주염: 치은(잇몸)염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴된 경우
치아교모증	씹는 면의 굴곡이 닳아 평평해지는 현상으로 마주 닿는 치아 또는 인접치아 간에 마찰이 발생하여 닳는 증상
치경부 마모증	치근 부위의 잇몸이 내려가 노출된 치아표면이 마모되는 현상으로 시멘트질 안의 상아질이 노출된 상태
단순 발치	정상 맹출된 치아를 제거하는 치료방법으로 발치겸자 등 기구를 활용하지만 잇몸절개, 치아분할 또는 골삭제 등을 하지 않고 정상 발치하는 경우

용어	설명
부분매복	발치할 치아가 치조골에 부분적으로 매복되어 있는 경우 또는 파절된 치아를 제거하기 위한 시술이며 단순 발치가 불가능한 경우
완전매복	치관의 2/3이상이 치조골 또는 악골내에 매복된 경우이며 골삭제와 치아분할술이 필요한 치료방법

□ 치료항목

용어	설명
보철치료	<ul style="list-style-type: none"> · 치아 하나에서 치아전체에 걸친 결손을 인공 보철물로 보충하여 형태학적, 기능적 복구를 도모하는 치료방법 · “임플란트(Implant)치료”, “고정성가공의치(브릿지, Bridge)치료”, “가철성의치(틀니, Denture)치료”를 말하며, 크라운치료는 제외
임플란트	<p>점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 이물 성형재료를 매식한 후, 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료</p> 
고정성 가공의치 (브릿지)	<p>치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로, 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구접착 되는 인공 보철물을 장착하는 치료</p> 
가철성의치 (틀니)	<ul style="list-style-type: none"> · 영구치 및 그와 연관된 조직이 결손이 되었을 때 인공적으로 대체하는 보철물(국소의치, 총의치)을 장착하는 시술 ※ 총의치(Complete Denture): 영구치가 하나도 없는 환자에게 인공적인 방법과 수단으로 여러 가지 재료를 사용하여 제작하는 보철물 ※ 국소의치(부분틀니, Partial Denture): 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며 금관, 지대치 혹은 다른 고정성 가공의치(브릿지) 및 점막에서 지지를 받음
크라운치료	<p>치아에 손상이 생겨 삭제량이 많은 경우 또는 신경치료로 인해 치아의 강도가 약해질 것이 예상되는 경우 해당 치아의 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료</p> 

용어		설명		
보존 치료	인레이 ·온레이	제거된 충치부위의 본을 떠서 치과용 합금[치과용 플라스틱 레진(수지) 제외]을 이용하여 장착하는 방식으로 치아의 일부를 회복하는 치료방법		
	아말감	치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 구리, 주석, 은 등의 합금과 수은의 혼합체		
	글래스 아이노머	치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 주로 산 부식 처리가 필요 없는 화학 접착으로 처리된 치과재료		
	복합레진	구강 충전 혹은 수복재료로 사용되는 치과용 플라스틱 레진(수지)		
치수치료 (신경치료)	치아내부에 있는 치수(혈관이 밀집된 연조직)가 치아우식증(충치)에 감염되거나 치주질환(잇몸질환)으로 인해 손상된 경우 치수를 제거하여 통증이나 기타증상을 없애고 치아가 제자리에서 기능을 할 수 있도록 보존하는 치료			
주요치주질환 (잇몸질환) 치료	「국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여」에서 치주질환치료가 필요하다고 인정한 기준에 해당되며, 약관 (별표5) 주요치주질환(잇몸질환)치료 분류표에 해당하는 치료 ※ 치주질환(잇몸질환)치료: 치아 주위조직의 염증과 세균에 감염된 치주 조직을 제거하는 치료			
치석제거 치료 (스케일링)	「국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여」에서 치주질환(잇몸질환) 치료를 목적으로 치석제거(스케일링)치료가 필요하다고 인정한 기준에 해당되는 치석제거(스케일링) 치료 ※ 치석제거(스케일링): 플라그와 치석 등을 제거하여 치주질환의 원인을 없애주는 치료방법			
파노라마 촬영	「국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여」에서 파노라마 촬영이 필요하다고 인정한 기준에 해당되는 파노라마 촬영 ※ 파노라마 : 치아 또는 치주의 전체적인 상태를 검진하기 위해 사용하는 구외(口外)방사선 촬영술			
구내방사선 촬영	「국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여」에서 구내방사선 촬영이 필요하다고 인정한 기준에 해당되며, 약관 (별표6) 구내방사선 촬영 분류표에 해당하는 촬영 ※ 구내방사선: 수개의 치아 및 치주상태를 검진하기 위해 필름을 구강내 위치시킨 후 촬영하는 방식으로 치근단, 교익방사선 등을 말함			

특약 약관의 구성

※ 특약 약관은 “제 1 편 일반사항”과 “제 2 편 개별사항”으로 구성됩니다. 따라서, 약관 해석 시에 “제 1 편 일반사항”의 내용과 “제 2 편 개별사항”의 내용을 함께 고려하여야 합니다.

※ “제 1 편 일반사항”의 내용과 “제 2 편 개별사항”의 내용은 서로 대등하고 보완적 효력을 가지는 것이 원칙입니다. 다만, 양자의 내용이 서로 다른 경우에는 “제 2 편 개별사항”의 내용이 “제 1 편 일반사항”의 내용에 우선하여 적용됩니다.

▣ 제1편 일반사항 특약별로 공통적으로 적용되는 사항으로 「용어, 보험금 청구절차, 고지의무 등」 일반적인 내용과 「재해분류표(유첨1), 장애분류표(유첨2), 보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산(유첨3)」에 대하여 다루고 있습니다.

▣ 제2편 개별사항 각 특약별로 개별적으로 적용되는 사항으로 「보험금 지급사유, 면책사유, 납입면제 등」 각 특약에 해당되는 내용에 대하여 다루고 있습니다.

※ “제 1 편 일반사항”은 각 특약에 공통으로 적용되는 내용으로 약관 구성 시 아래와 같이 구성되어 있습니다.

특약 약관 구성 예시

“제 1 편 일반사항”

+ 암진단특약 약관 “제 2 편 개별사항”

+ 뇌출혈진단특약 약관 “제 2 편 개별사항”

[특약 약관] 제1편 일반사항

제1편 일반사항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1-1조 [목적]

- ① 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.
- ② 특약 약관은 “제1편 일반사항”과 “제2편 개별사항”으로 구성됩니다.
- ③ “제2편 개별사항”의 내용과 “제1편 일반사항” 제1-2조(용어의 정의)부터 제1-15조(중대사유로 인한 해지)에서 정한 내용이 다른 경우에는 “제2편 개별사항”의 내용을 “제1편 일반사항”에 우선하여 적용합니다.

제1-2조 [용어의 정의]

특약 약관에서 사용되는 용어의 정의는 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 재해: (유첨1) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
2. 장애: (유첨2) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
3. 진단특약: 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.
4. 평균공사이율: 전체 보험회사 공사이율의 평균으로, 특약 체결 시점[갱신형 특약의 경우 최초계약 체결 시점(갱신 계약의 경우 갱신 시점)]의 평균공사이율을 말하며, 평균공사이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

[▼ 아래 제5호는 갱신형 특약에 한하여 적용합니다]

5. 특약의 갱신 관련
 - 가. 최초계약: 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
 - 나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제2-10조의2(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
 - 다. 갱신일: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

용어	〈갱신형 특약〉
해설	일정주기로 위험률의 변경, 보험나이의 증가 등이 반영되어 계약이 갱신되는 특약을 말하며, 특약 명칭에 “갱신형”이라고 명기되어 있습니다.

제1-2조의2 [AJCC 암병기설정매뉴얼 관련 유의사항]

[▼ 아래 내용은 약관에 "AJCC 암병기설정매뉴얼"에 대한 내용이 있는 특약에 한하여 적용합니다]

- ① TNM 암병기 분류는 AJCC 암병기설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제8판 기준에 따르며, 병리조직결과 상 조직학적으로 동일한 다발 병소 암의 T병기는 위 AJCC 암병기설정매뉴얼 기준에 따라 가장 높은 T병기로 결정됩니다.
- ② 제1항 이외에 AJCC 암병기설정매뉴얼 적용에 관한 사항은 제2편 개별사항에서 정한 내용을 따릅니다.

제2관 보험금 등의 청구 및 지급절차

제1-3조 [보험금 및 보험료 납입면제 관련 제3자 의견 청취]

- ① 보험수익자와 회사가 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 계약자와 회사가 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제1-4조 [보험금 등의 청구]

보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[회사가 보험사고별로 요청하는 서류로 제2-7조(사고증명서)에서 정함이다]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

제1-5조 [보험금 지급 등의 절차]

- ① 회사는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청(다만, 대상기관은 금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제4항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제1-3조(보험금 및 보험료 납입면제 관련 제3자 의견 청취)에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ④ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1-7조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제2항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사는 제4항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제1-6조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 이를 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다. 다만, 진단특약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제1-7조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제1-6조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약 체결 당시(갱신형 특약의 경우 최초계약 체결 당시)에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
3. 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때. 단, 진단특약의 경우 질병에 대하여는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 1년이 지났을 때
4. 특약을 체결한 날(갱신형 특약의 경우 최초계약을 체결한 날)부터 3년이 지났을 때
5. 회사가 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
6. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(특약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리 결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등 기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제1-6조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

[▼ 아래 제6항은 갱신형 특약에 한하여 적용합니다]

⑥ 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)특약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)특약을 최초계약으로 봅니다].

제1-8조 [사기에 의한 계약]

① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사행에 의하여 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제1-9조 [특약의 체결]

- ① 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(講約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 「평균공시이율+1%」를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다도 청약일(갱신형 특약의 경우 최초계약의 청약일)부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제1-10조 [특약의 무효]

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려드립니다.
- ② 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약 대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제5관 보험료 납입

제1-11조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- ① 특약의 보험료 납입기간은 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.
- ② 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제1-12조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 특약의 보험료 납입이 완료되거나 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우에는 특약을 해지하지 않습니다.
여기서, “해약환급금을 받지 않은 경우”는 해약환급금이 없는 경우 또는 보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우를 포함하며, 이하 같습니다.
- ③ 계약자가 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다. 여기서, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ④ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

[▼아래 제6항은 갱신형 특약에 한하여 적용합니다]

- ⑥ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

- ① 회사는 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 특약이 해지

되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당되었을 때 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

1. 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)
 2. 주계약 약관에서 정하는 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간 종료일까지 남은 기간이 1개월 이상인 경우 (주계약의 보험료 납입기간 이후 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우에 한합니다)
- ④ 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 단, 제2편 개별사항에서 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일을 달리 정한 경우에는 해당 규정에 따릅니다.
- ⑤ 제1항에서 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약 및 이전의 모든 부활(효력회복)을 청약할 때 제1-6조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제1-7조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제6관 계약의 해지

제1-14조 [위법계약의 해지]

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 특약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 특약체결일로부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 「금융소비자보호에 관한 법률 시행령」 제38조제4항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제3항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제1-15조 [중대사유로 인한 해지]

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금(보험료 납입면제를 포함합니다)을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험수익자가 2명 이상인 경우, 제1항 제1호에서 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자 외에 다른 수익자에게는 그 수익자 몫에 해당하는 보험금의 일부를 지급하고, 계약자에게는 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자가 받을 수 있었던 보험금에 해당하는 해약환급금을 지급합니다.

3대안과질환수술보장특약 D5(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “5”는 “갱신주기 5년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 5년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 5년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“녹내장”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서“녹내장”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(녹내장 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “녹내장”의 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 진단에 의합니다.

제2-1조의3 [“황반변성질환”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서“황반변성질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(황반변성질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “황반변성질환”의 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사의 진단에 의합니다.

제2-1조의4 [“당뇨병성망막질환”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서“당뇨병성망막질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(당뇨병성망막질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “당뇨병성망막질환”의 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사의 진단에 의합니다.

제2-1조의5 [“수술”의 정의와 장소]

① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사가 피보험자의 「녹내장」, 「황반변성질환」, 「당뇨병성망막질환」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 수술하는 것을 말합니다.

② 제1항에서 수술이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 포함됩니다. 또한, 녹내장, 황반변성질환 및 당뇨병성망막질환의 경우에는 레이저(Laser) 수술도 포함됩니다.

용어	< 절단(切斷) >
해설	특정부위를 잘라 내는 것
	< 절제(切除) >
	특정부위를 잘라 없애는 것
	<신의료기술평가위원회>
	의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제 1항 및 제2항에도 불구하고, 아래에서 정한 사항은 수술에서 제외됩니다.

1. 흡인, 천자 등의 조치
2. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
3. 미용 성형상의 수술
4. 피임(避妊) 목적의 수술
5. 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등]
6. 발정술(拔釘術)등 내고정물 제거술 등

용어	< 흡인(吸引) >
해설	주사기 등으로 빨아 들어오는 것
	< 천자(穿刺) >
	바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제2-1조의6 [특약의 보장개시일]

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

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

이 특약은 다음 각 호에 해당하는 총 3개의 세부보장(이하 “세부보장”이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 세부보장 중 어느 하나의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다. [각 호의 수술보험금은 좌안(左眼), 우안(右眼), 양안(兩眼) 중 최초 1회에 한하여 지급합니다]

1. 피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “녹내장”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “녹내장”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 : 녹내장수술보험금
2. 피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “황반변성질환”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “황반변성질환”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 : 황반변성질환수술보험금
3. 피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “당뇨병성망막질환”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “당

노병성망막질환”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 : 당뇨병성망막질환수술보험금

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 이 특약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다.
- ② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 동시에 양안(兩眼)에 제2-2조(보험금의 지급사유) 동일한 호의 수술을 받을 경우에는 해당 양안(兩眼) 수술을 1회의 수술로 간주하며 제2-2조(보험금의 지급사유)의 해당 수술보험금을 1회만 지급합니다.
- ③ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “해당 질병 진단서(병명기입), 수술증명서, 진료기록부, 사망진단서 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 ["특약의 체결"에 대한 특칙]

이 특약을 최초 가입할 때 계약자는 모든 세부보장을 가입해야 합니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, "최대 80세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, "최대 100세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 "보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 계약자적립액이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 계약자적립액은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해약환급금)에서 정한 해약환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 세부 보장은 갱신되지 않습니다.

⑩ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-10조의3 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경

우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 각 세부보장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액하며, 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보아 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	<p><최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간> 주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해약환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.</p>
-----------	--

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 그 때부터 효력이 없습니다.

- ③ 제1항 제2호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제1항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 계약자적립액 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제2-12조의2 [“특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입”에 관한 특칙]

제1-11조(특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입)에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제2-12조(특약의 소멸) 제2항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후의 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다. 다만, 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입해야 합니다.

제2-12조의3 [“보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)”에 관한 특칙]

제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 때, 계약자는 모든 세부보장에 대해 부활(효력회복)을 청약해야 합니다. 단, 이미 보험금 지급사유가 발생한 세부보장은 제외합니다.

제4관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 계약자는 이 특약의 특정 세부보장만을 해지할 수 없습니다.

제2-14조 [해약환급금]

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

보험금 지급기준표**(1) 녹내장수술보험금(약관 제2-2조 제1호)**

지급사유	피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “녹내장”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “녹내장”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 [단, 좌안(左眼),우안(右眼), 양안(兩眼) 중 최초1회에 한함]
지급금액	특약보험가입금액의 5%

(2) 황반변성질환수술보험금 (약관 제2-2조 제2호)

지급사유	피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “황반변성질환”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “황반변성질환”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 [단, 좌안(左眼),우안(右眼), 양안(兩眼) 중 최초1회에 한함]
지급금액	특약보험가입금액의 7%

(3) 당뇨병성망막질환수술보험금(약관 제2-2조 제3호)

지급사유	피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “당뇨병성망막질환”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “당뇨병성망막질환”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 [단, 좌안(左眼),우안(右眼), 양안(兩眼) 중 최초1회에 한함]
지급금액	특약보험가입금액의 7%

녹내장 분류표

① 약관에 규정하는 "녹내장으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상질병명	분류번호
1. 녹내장	H40
2. 달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42

(※) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "녹내장으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "녹내장으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "녹내장으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "녹내장으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "녹내장으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "녹내장으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "녹내장으로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p>
-----------	--

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "녹내장으로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "녹내장으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "녹내장으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "녹내장으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "녹내장으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p>
-----------	--

황반변성질환 분류표

① 약관에 규정하는 "황반변성질환으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상질병명	분류번호
황반 및 후극부의 변성	H35.3

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "황반변성질환으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "황반변성질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "황반변성질환으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "황반변성질환으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "황반변성질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "황반변성질환으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "황반변성질환으로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p>
-----------	--

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "황반변성질환으로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "황반변성질환으로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "황반변성질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "황반변성질환으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "황반변성질환으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p>
-----------	---

당뇨병성망막질환 분류표

① 약관에 규정하는 "당뇨병성망막질환으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상질병명	분류번호
1. 당뇨병성 망막병증	H36.0
2. 당뇨병성 비증식성 망막병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.31
3. 당뇨병성 증식성 망막병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.32
4. 기타 및 상세불명의 망막병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.33
5. 당뇨병성 비증식성 망막병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.31
6. 당뇨병성 증식성 망막병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.32
7. 기타 및 상세불명의 망막병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.33
8. 당뇨병성 비증식성 망막병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.31
9. 당뇨병성 증식성 망막병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.32
10. 기타 및 상세불명의 망막병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.33
11. 당뇨병성 비증식성 망막병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.31
12. 당뇨병성 증식성 망막병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.32
13. 기타 및 상세불명의 망막병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.33
14. 당뇨병성 비증식성 망막병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.31
15. 당뇨병성 증식성 망막병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.32
16. 기타 및 상세불명의 망막병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.33

㉞ 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "당뇨병성망막질환으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "당뇨병성망막질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "당뇨병성망막질환으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "당뇨병성망막질환으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "당뇨병성망막질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "당뇨병성망막질환으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "당뇨병성망막질환으로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p>
-----------	--

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "당뇨병성망막질환으로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "당뇨병성망막질환으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "당뇨병성망막질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었던 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "당뇨병성망막질환으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "당뇨병성망막질환으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p>
-----------	---

각막이식수술특약D5(갱신형, 무배당) 약관

※ 상품명칭의 “5”는 “갱신주기 5년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 5년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 5년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“각막이식수술”의 정의]

- ① 이 특약에 있어서 “각막이식수술”이라 함은 각막이 손상되거나 정지된 기능회복의 직접적인 치료를 목적으로 “장기 등 이식에 관한 법률”에서 정한 절차 및 방법에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에서 의사의 관리하에 각막을 이식하는 것으로 타인(기증자)의 각막을 적출하여 피보험자에게 이식하는 수술을 말합니다.
- ② 제1항에서 항후 관련 법령이 개정되는 경우 회사는 수술 시행시점에 개정된 내용을 적용합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련 법령 등의 개정으로 “장기등 이식에 관한 법률”이 폐지 또는 변경되어 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “장기등 이식에 관한 법률”을 따릅니다.

제2-1조의3 [특약의 보장개시일]

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

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “각막이식수술”을 받은 경우(단, 각막공여자에 대한 수술은 제외)에는 보험수

익자에게 특약보험가입금액의 100%를 "각막이식수술보험금"으로 지급합니다.[좌안(左眼), 우안(右眼), 양안(兩眼) 중 최초 1회에 한하여 지급합니다]

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 동시에 양안(兩眼)에 각막이식수술을 받을 경우에는 해당 양안(兩眼) 수술을 1회의 수술로 간주하여 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 "각막이식수술보험금"을 1회만 지급합니다.
- ② 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 "각막이식수술보험금"을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "수술증명서, 진료기록부, 사망진단서 등"을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시전 보험기간, 주계약이 갱신행보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신 계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 2. 주계약이 갱신행보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
 3. 이 특약의 보험기간 중 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 "각막이식수술보험금"의 지급사유가 발생한 경우
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[다만, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 계약자적립액이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 계약자적립액은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해약환급금)에서 정한 해약환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
- ⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회

사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	<p>〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉</p> <p>주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해약환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.</p>
-----------	---

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 "각막이식수술보험금"의 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 계약자적립액 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해약환급금]

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적용한 해지 당시의 계약자적립액을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

보존치료추가보장특약D10(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “10”은 “갱신주기 10년”을 의미합니다.

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 [용어의 정의]

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어
 - 가. 계약자: 회사와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
 - 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
 - 다. 보험증권: 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
 - 라. 진단특약: 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.
 - 마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해: (별표4) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
 - 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
 - 나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 최초계약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.
 - 다. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
 - 나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
5. 특약의 갱신 관련 용어
 - 가. 최초계약: 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
 - 나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제13조의3(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
 - 다. 갱신일: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지

가 10년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“유치”의 정의]

이 특약에서 “유치”라 함은 젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아(젖니)를 말합니다.

제2조의4 [“영구치”의 정의]

이 특약에서 “영구치”라 함은 유치가 빠진 후 나는 자연치아[간니 또는 성치(成齒)]를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치[치식(齒式)]에 맞지 않고 여분으로 난 치아 및 선천적 기형 치아(એ소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.

제2조의5 [“치아”의 정의]

이 특약에서 “치아(齒牙)”라 함은 “유치”와 “영구치”를 말합니다.

제2조의6 [“치아우식증(충치)”, “치주질환(잇몸질환)”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에서 “치아우식증(충치)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[치아우식증(충치) 분류표]에 해당하는 것으로 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.

② 이 특약에서 “치주질환(잇몸질환)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3[치주질환(잇몸질환) 분류표]에 해당하는 것으로 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분되며, 염증 반응이 치은 조직에만 국한되었을 경우에는 치은(잇몸)염이라 하고, 치은(잇몸)염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 합니다.

③ “치아우식증(충치)” 또는 “치주질환(잇몸질환)”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 치과병원이나 치과의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 치과의사 면허를 가진 자(이하 “치과의사”라 합니다)에 의합니다.

제2조의7 [“보존치료”의 정의]

① 이 특약에서 “보존치료”라 함은 치과의사에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병원이나 치과의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 치아에 손상이 생기는 경우에 손상된 부위를 원상 회복시켜 형태학적, 기능적 복구를 도모하는 치료로서, 아말감(Amalgam), 글래스아이노머(Glass ionomer : G.I), 복합레진(Composite resin), 인레이(Inlay) 또는 온레이(Onlay) 등을 이용하여 해당 치아의 손상된 부분을 보강하는 치료를 받는 경우를 말합니다. 다만, 상기 치과재료와 유사하거나 동등하다고 회사가 인정하는 치과재료가 있을 경우에는 그 치과재료를 이용한 보존치료도 보상하는 것으로 합니다.

② 제1항에서 “아말감(Amalgam)”이라 함은 치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 구리, 주석, 은 등의 합금과 수은의 혼합체를 말합니다.

③ 제1항에서 “글래스아이노머(Glass ionomer : G.I)”라 함은 치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 주로 산 부식 처리가 필요 없는 화학 접착으로 처리된 치과재료를 말합니다.

④ 제1항에서 “복합레진(Composite resin)”이라 함은 구강 충전 혹은 수복재료로 사용되는 치과용 플라스틱 레진(수지)을 말합니다.

⑤ 제1항에서 “인레이(Inlay) 또는 온레이(Onlay)”라 함은 제거된 충치부위의 분을 떠서 치과용 합금[치과용 플라스틱 레진(수지) 제외]을 이용하여 장착하는 방식으로 치아의 일부를 회복하는 치료방법을 말합니다.

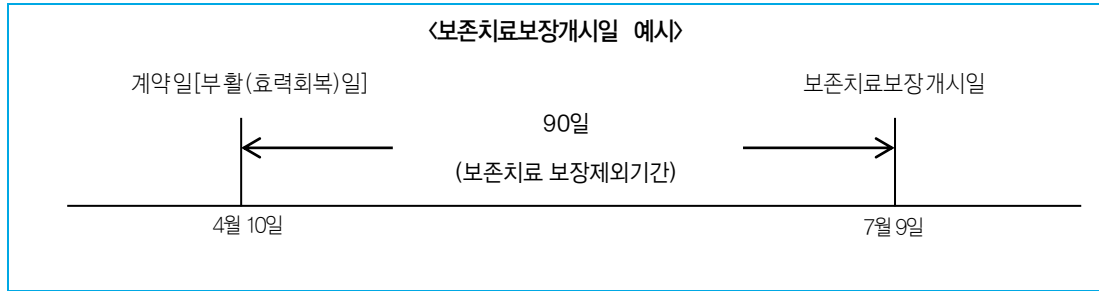
제2조의8 [특약의 보장개시일]

① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 제2조의7(“보존치료”의 정의)에서 정한 보존치료의 보장개시일은 최초계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 “보존치료보장개시일”

이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 다음 각 호 중 어느 하나에 해당하는 경우 보존치료보장개시일은 최초계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일과 동일합니다.

1. 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보존치료를 받은 경우
 2. 특약을 체결할 때[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일 현재] 피보험자가 3세 미만인 경우
- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 보존치료보장개시일은 갱신일로 합니다. 또한 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 보존치료보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보존치료를 받은 경우 보존치료보장개시일은 부활(효력회복)일과 동일합니다.



제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급 기준표” 참조)을 보존치료보험금으로 지급합니다. 단, 지급기준 및 보장한도 등은 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 (별표1) 보험금 지급기준표를 따릅니다.

1. 피보험자가 최초계약의 보존치료보장개시일 이후에 치아에 대하여 ‘치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)’으로 진단 확정 받고, 이 특약의 보험기간 중 해당 치아에 대하여 최초로 보존치료를 받은 경우
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 해당 치아에 대하여 최초로 보존치료를 받은 경우

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

③ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 다음 각 호 중 어느 하나에 해당하는 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 「최초계약의 보존치료보장개시일 전일 이전에 “치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)”을 진단 확정 받은 치아」에 대하여 보존치료를 받은 경우
2. 최초계약의 계약일 전에 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보존치료를 받은 경우
3. 「치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 진단확정일」이 확실하지 않거나 알 수 없는 경우
4. 「치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해」 이외의 원인(치아교모증, 치경부 마모증, 치열교정 준비 등)으로 보존치료를 받은 경우
5. 이미 보존치료를 받은 부위에 대하여 새로운 「치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해」에 기인하지 않

는 수리, 복구, 대체 및 치료를 받은 경우

6. 치아성형(Odontoplasty) 또는 라미네이트(Laminate, bonded porcelain restoration in the anterior dentition) 등 미용 목적의 치료

7. 다른 치과치료를 위하여 임시 보존치료를 받은 경우

④ 제3조(보험금의 지급사유)에서 “최초”라 함은, 보험기간 중 최초계약의 보존치료보장개시일 이후에 「새롭게 진단 확정받은 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)」 또는 보험기간 중 새롭게 발생한 재해를 직접적인 원인으로 처음으로 보존치료를 받은 것을 의미하며, 첫번째 보존치료 이후에 이미 보존치료를 받은 원인과 동일한 원인으로 보존치료를 받은 경우는 보험금을 지급하지 않습니다.

설명	<p><제4조 제4항 예시> 피보험자가 최초계약의 보존치료보장개시일 이후에 상악 어금니(영구치) 1개에 치아우식증(충치)이 발생하여 보험기간 중 최초로 해당 영구치에 보존치료를 받고 보험금을 지급 받았으나, 새로운 「치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 진단 확정」 또는 새로운 재해의 발생 없이 동일한 영구치에 다시 보존치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.</p>
-----------	---

⑤ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 이미 보존치료를 받은 치아에 대하여 보험기간 중 최초계약의 보존치료보장개시일 이후에 「새롭게 진단 확정받은 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)」 또는 보험기간 중 새롭게 발생한 재해를 직접적인 원인으로 새로이 보존치료를 받은 경우에도 해당 보험금을 지급합니다.

⑥ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 치아에 대하여 두가지 이상의 치과치료를 포함하는 복합형태의 치료를 받은 경우 해당 보험금 중 가장 높은 한가지의 보험금만을 지급합니다.

설명	<p><제4조 제6항 예시> 피보험자가 최초계약의 보존치료보장개시일 이후에 상악 어금니(영구치)1개에 치아우식증(충치)이 발생하여 보험기간 중 아말감 보존치료를 받고 아말감 보존치료가 종료되기 이전에 치과외사의 진단에 의하여 동일한 영구치에 복합레진 보존치료를 받은 경우, 해당 치료 종료시 복합레진 보존치료에 대한 보험금만 지급합니다.</p>
-----------	--

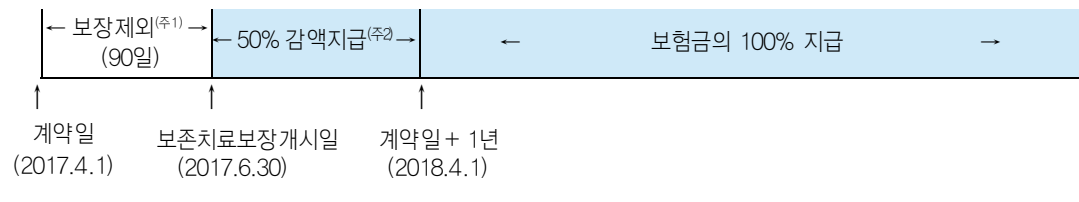
⑦ 피보험자에게 최초계약의 보존치료보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 이내에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 "계약일부터 1년 이내"란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다. 단, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금의 100%를 지급합니다.

⑧ 제7항의 보험금 감액지급과 관련한 사항은 보존치료의 치료시작일을 기준으로 계산합니다.

<보장개시일 및 보험금 감액 지급 예시>

※ 계약일: 2017년 4월 1일(최초계약)

※ 치료시작일을 기준으로 적용



(주) 1. 「보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보존치료를 받은 경우」 또는 「특약을 체결할 때[부활(효력회복)일 현재] 피보험자가 3세 미만인 경우」에는 계약일[부활(효력회복)일]부터 보장합니다.

2. 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금의 100%를 지급합니다.

⑨ 피보험자가 보험기간 중 최초계약의 보존치료보장개시일 이후 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보존치료가 필

요하다는 진단을 받았으나 치과의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 만료 후 치료를 계속하는 경우, 보험기간 만료 후 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일) 이내의 치료는 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑩ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조 [보험금의 청구]

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 진료기록부 등)
3. 보존치료 관련 증명서
가. 아래 내용이 포함된 보존치료 확인서(회사양식) 및 치과진료기록
(1) 치료한 치아의 명칭 및 위치 또는 치아번호
(2) 해당 치아의 내원 당시의 치아상태
(3) 직접적인 보존치료 원인
(4) 치료받은 보존치료의 종류(보존치료재료 및 치료치아면 포함)
(5) 치과 내원일, 진단확정일, 치료시작일 및 치료종료(예정)일
(6) 진단명 및 진단명에 해당하는 한국표준질병·사인분류번호
나. 회사가 상기 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하여 추가로 요청하는 구강 내 사진 또는 이에 준하는 판독 자료
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에서 정한 사고증명서 및 보존치료 관련 증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원(보존치료관련증명서의 경우 치과병원이나 치과의원) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 [보험금의 지급절차]

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표 5(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상 되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청(다만, 대상기관은 금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유를 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제11항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 이를 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다. 다만, 진단특약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
3. 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때. 단, 진단특약의 경우 질병에 대하여는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 1년이 지났을 때
4. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때

5. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 6. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(특약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이익을 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑥ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)특약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)특약을 최초계약으로 봅니다].

제12조 [사기에 의한 계약]

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사행위에 의하여 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 여기서 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, '감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액'입니다. 이하, 같습니다.

제4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(講約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장

제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

③ 회사는 특약의 청약 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 「평균공시이율 +1%」를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다도 최초계약의 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

제13조의3 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 계약자적립액이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 계약자적립액은 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제22조(해약환급금)에서 정한 해약환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

㉠ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제14조 [특약의 무효]

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견 하였을 때 이미 특약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자의 치아가 모두 상실되어 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 소멸 사유 발생 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제2호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항 제2호 및 제3호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제7조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5 관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선 납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제 되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제18조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- ① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ② 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다. 여기서, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
 - 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 - 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ④ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ⑤ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

- ① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
 - 1. 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)
 - 2. 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의

해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)

- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 보존치료보장개시일은 제2조의8(특약의 보장개시일)에서 정한 보존치료보장개시일로 합니다.
- ⑤ 제1항에서 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약 및 이전의 모든 부활(효력회복)을 청약할 때 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조의2 [위법계약의 해지]

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 특약체결에 대한 회사의 법위반 사항이 있는 경우 특약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 「금융소비자보호에 관한 법률 시행령」 제38조제4항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제22조(해약환급금) 제3항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 - 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험수익자가 2명 이상인 경우, 제1항 제1호에서 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자 외에 다른 수익자에게는 그 수익자 몫에 해당하는 보험금의 일부를 지급하고, 계약자에게는 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자가 받을 수 있었던 보험금에 해당하는 해약환급금을 지급합니다.

제22조 [해약환급금]

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을

지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

- ③ 제20조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항

제23조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

보험금 지급기준표

회사는 보험기간 중 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 보존치료보험금(약관 제3조)

지급사유	피보험자가 「최초계약의 보존치료보장개시일 이후에 치아에 대하여 ‘치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)’ 으로 진단 확정 받고, 이 특약의 보험기간 중 해당 치아에 대하여 최초로 보존치료를 받은 경우” 또는 “이 특약의 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 해당 치아에 대하여 최초로 보존치료를 받은 경우” (치료한 치아 1개당 지급)	
지급금액	(기준: 특약보험가입금액)	
	◇ 최초계약의 계약일부 1년 초과	
	구 분	지급금액
	인레이, 온레이	0.5%
	복합레진	1.0%
	아말감, 글래스아이노머	0.2%
	◇ 최초계약의 계약일부 1년 이내	
	구 분	지급금액
	인레이, 온레이	0.25%
	복합레진	0.5%
	아말감, 글래스아이노머	0.1%
	(주) 1. 최초계약의 계약일부 1년 이내에 「보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우」의 지급금액은 “최초계약의 계약일부 1년 초과”시와 동일하게 적용합니다. 2. 갱신계약의 지급금액은 “최초계약의 계약일부 1년 초과”시와 동일하게 적용합니다.	

- (주) 1. 이 특약의 보존치료보장개시일은 최초계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 「보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보존치료를 받은 경우」 또는 「계약을 체결할 때[부활(효력회복)일 현재] 피보험자가 3세 미만인 경우」의 보존치료보장개시일은 최초계약일[부활(효력회복)일]과 동일합니다.
2. (주)1에도 불구하고 갱신계약의 보존치료보장개시일은 갱신일로 합니다. 또한 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 보존치료보장개시일은 부활(효력회복)일부 1년 이후에 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보존치료를 받은 경우 보존치료보장개시일은 부활(효력회복)일과 동일합니다.
3. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 “최초”란, 보험기간 중 최초계약의 보존치료보장개시일 이후에 「새롭게 진단 확정받은 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)」 또는 보험기간 중 새롭게 발생한 재해를 직접적인 원인으로 처음으로 보존치료를 받은 것을 의미하며, 첫번째 보존치료 이후에 이미 보존치료를 받은 원인과 동일한 원인으로 보존치료를 받은 경우는 보험금을 지급하지 않습니다.
4. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부 1년 이내란 최초계약의 계약일부 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.

5. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 1년이내의 보험금 감액과 관련한 사항은 보존치료의 치료시작일을 기준으로 계산합니다.
6. 하나의 치아에 대하여 두가지 이상의 치과치료를 포함하는 복합형태의 치료를 받은 경우 해당 보험금 중 가장 높은 한가지의 보험금만을 지급합니다.

치아우식증(충치) 분류표

① 약관에 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 치아우식	K02
· 치수 및 근단주위조직의 질환	K04

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
-----------	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
-----------	---

치주질환(잇몸질환) 분류표

① 약관에 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 치은염(잇몸염) 및 치주질환(잇몸질환)	K05

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
-----------	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
-----------	--

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급 감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉 노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - '법적 개입' 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ '외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)' 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고 [단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장]
- ④ '자연의 힘에 노출(X30~X39)' 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ '우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)' 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. 위 () 안의 내용은 제 8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 발생(진단) 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 있었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」가 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다. 반대로 피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」인 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 봅니다.
-----------	---

2. 발생(진단) 시점에 상기 “1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부가 확인된 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 재해의 분류가 추가 또는 제외되더라도 상기 “1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었던 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 「재해」로 볼 수 있어 「재해 발생(진단)」 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다.
-----------	---

3. 위 「1. 재해의 정의 ㉔」에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, 「2. 재해에 해당되지 않는 사항 ㉔」에 해당되더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산

구 분	적립 기간	적립 이율
보존치료보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 지급이자도 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 적용됩니다.
 2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 3. 가산이율 적용 시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

보철치료추가보장특약D10(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “10”은 “갱신주기 10년”을 의미합니다.

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 [용어의 정의]

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자: 회사와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권: 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 진단특약: 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.
- 마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해: (별표4) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 최초계약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.
- 다. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
- 다. 연계약해당일: 계약일부터 1년마다 돌아오는 매년의 계약해당일을 말합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 연계약해당일로 합니다.

설명

〈해당 연도의 계약해당일이 없는 경우 예시〉

계약일이 2020년 2월 29일인 경우 차년도 연계약해당일은 2021년 2월 28일입니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어

- 가. 최초계약: 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제13조의3(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 10년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“영구치”의 정의]

- ① 이 특약에서 “영구치”라 함은 유치가 빠진 후 나는 자연치아[간니 또는 성치(成齒)]를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치[치식(齒式)]에 맞지 않고 여분으로 난 치아] 및 선천적 기형 치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
- ② 제1항의 “유치”라 함은 젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아(젖니)를 말합니다.

제2조의4 [“치아우식증(충치)”, “치주질환(잇몸질환)”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에서 “치아우식증(충치)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[치아우식증(충치) 분류표]에 해당하는 것으로 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “치주질환(잇몸질환)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3[치주질환(잇몸질환) 분류표]에 해당하는 것으로 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분되며, 염증 반응이 치은 조직에만 국한되었을 경우에는 치은(잇몸)염이라 하고, 치은(잇몸)염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 합니다.
- ③ “치아우식증(충치)” 또는 “치주질환(잇몸질환)”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 치과병원이나 치과의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 치과의사 면허를 가진 자(이하 “치과의사”라 합니다)에 의합니다.

제2조의5 [“보철치료”의 정의]

- ① 이 특약에서 “보철치료”라 함은 치과의사에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병원이나 치과의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 받는 “임플란트(Implant)치료”, “고정성가공의치(브릿지, Bridge)치료”, “가철성의치(틀니, Denture)치료”를 말합니다.
- ② “임플란트(Implant)치료”라 함은 점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 이물 성형재료를 매식한 후, 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.
- ③ “고정성가공의치(브릿지, Bridge)치료”라 함은 치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로, 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구접착 되는 인공 보철물을 장착하는 치료를 말합니다.
- ④ “가철성의치(틀니, Denture)치료”라 함은 영구치 및 그와 연관된 조직이 결손이 되었을 때 인공적으로 대체하는 보철물(국소의치, 총의치)을 장착하는 시술을 말합니다. 국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며 금관, 지대치 혹은 다른 고정성 가공의치(브릿지) 및 점막에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 영구치가 하나도 없는 환자에게 인공적인 방법과 수단으로 여러 가지 재료를 사용하여 제작하는 의치를 말하며 영구치 또는 인공치의 치열 전체, 보통 상실한 영구치와 주위 조직을 대신하는 인공 보철물을 말합니다.

제2조의6 [“영구치 발치”의 정의]

- ① 이 특약에 있어서 “영구치 발치”라 함은 치과의사가 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 “영구치 발치”에 대한 판단은 치과의사에 의합니다.

제2조의7 [보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인]

이 특약에서 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인은 보험기간 중 「제2조의9(특약의 보장개시일)에서 정한 최초계약의 보철치료보장개시일」 이후에 진단 확정된 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 치아가 뿌리까지 손상되어 영구치의 전부 또는 일부라도 보존할 수 없다고 판단되어 영구치를 발치한 경우를 말합니다. 다만, 제2조의8(보장의 대상이 되지 않는 “영구치 발치”의 원인)에서 정한 원인으로 영구치를 발치한 경우는 제외합니다.

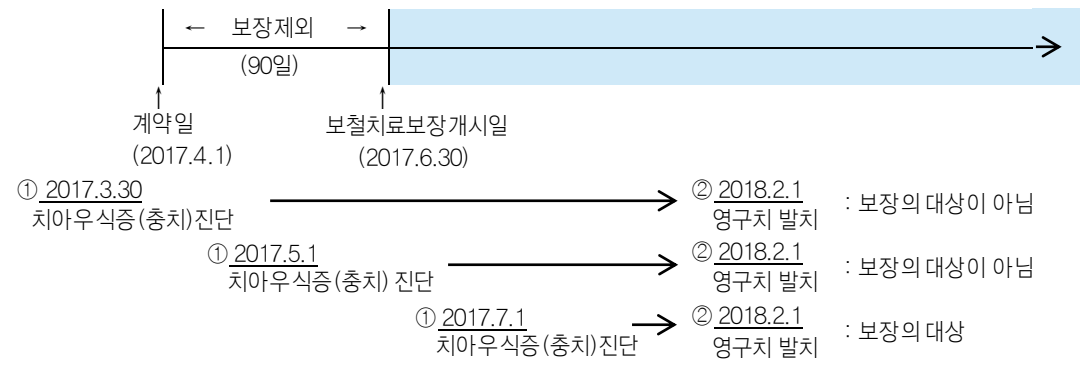
제2조의8 [보장의 대상이 되지 않는 “영구치 발치”의 원인]

이 특약에서 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유의 대상이 되지 않는 “영구치 발치”의 원인은 다음과 같습니다.

1. 제3대구치(사랑니)를 발치하는 경우
2. 의치보철준비
「치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해」가 발치의 직접적인 원인이 아니고, 보철치료를 위한 준비로서 영구치를 발치하는 경우
3. 치열교정준비 및 위치이상
부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발치하였거나 위치이상으로 심미적인 개선을 위해 발치하는 경우
4. 맹출장애
부분매복되거나, 완전매복되어 발치하는 경우
5. 「치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해」 이외의 기타 원인으로 발치하는 경우
6. 「제2조의9(특약의 보장개시일)에서 정한 최초계약의 보철치료보장개시일 전에 진단 확정된 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환)」 또는 「최초계약의 계약일 전에 발생한 재해」를 원인으로 보험기간 중 영구치를 발치한 경우

〈 “보장의 대상이 되는 영구치 발치” 및 “보장의 대상이 되지 않는 영구치 발치” 예시〉

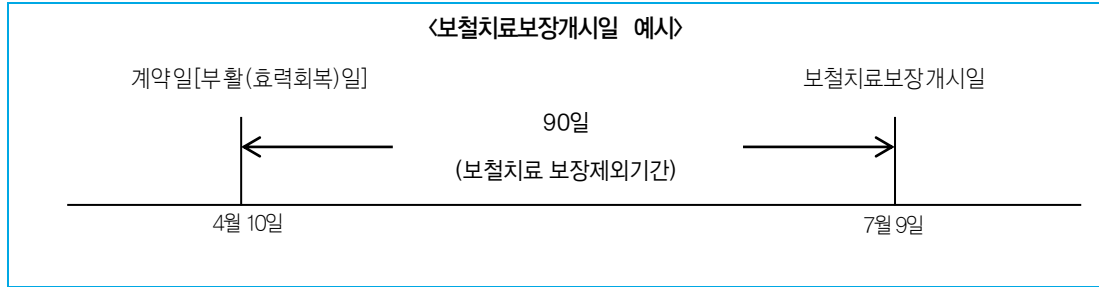
※ 계약일: 2017년 4월 1일, 피보험자 가입나이 40세, 최초계약



제2조의9 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2조의5(“보철치료”의 정의)에서 정한 보철치료의 보장개시일은 최초계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 「보철치료보장개시일」이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보철치료를 받은 경우 보철치료보장개시일은 최초계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 보철치료보장개시일은 갱신일로 합니다. 또한 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 보철치료보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만 보험

기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보철치료를 받은 경우 보철치료보장개시일은 부활(효력회복)일과 동일합니다.



제2 관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 최초계약의 보철치료보장개시일 이후에 「제2조의7(보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인)에서 정한 보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인으로 영구치를 발치하고, 이 특약의 보험기간 중 해당 영구치를 발치한 부위에 보철치료를 받은 경우」 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 영구치보철치료보험금으로 지급합니다. 단, 지급기준 및 보장한도 등은 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 (별표1) 보험금 지급기준표를 따릅니다.

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

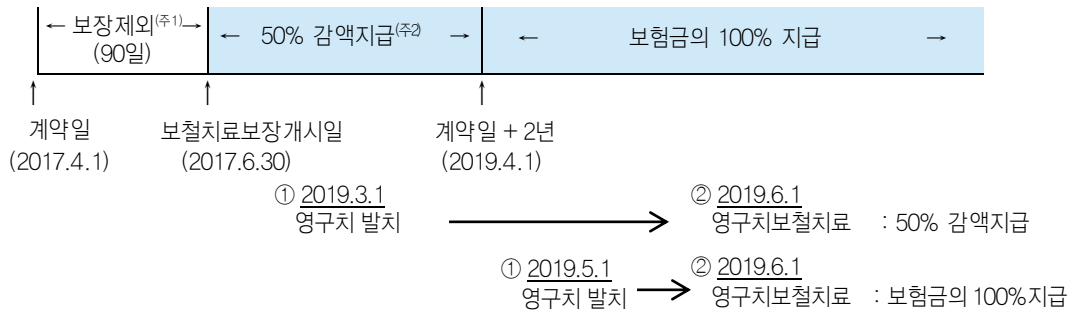
- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 다음 각 호 중 어느 하나에 해당하는 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 「최초계약의 보철치료보장개시일 전일 이전에 “치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)”을 진단 확정 받은 치아」에 대하여 보철치료를 받은 경우
 2. 「최초계약의 보철치료보장개시일 전일 이전에 발치한 영구치」에 대하여 보철치료를 받은 경우
 3. 최초계약의 계약일 전에 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보철치료를 받거나 영구치 발치를 받은 경우
 4. 「치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 진단확정일」 또는 「영구치 발치일」이 확실하지 않거나 알 수 없는 경우
 5. 「치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해」 이외의 원인(치아교모증, 치경부 마모증, 치열교정 준비 등)으로 보철치료를 받거나 영구치 발치를 받은 경우
 6. 이미 보철치료를 받은 부위에 대하여 수리, 복구, 대체 및 치료를 받은 경우
 7. 매복치(Embedded teeth) 및 매몰치(Impacted teeth) 또는 제3대구치(사랑니, Wisdom teeth)에 대하여 보철치료를 받은 경우
 8. 치아성형(Odontoplasty) 또는 라미네이트(Laminate, bonded porcelain restoration in the anterior dentition) 등 미용 목적의 치료
 9. 다른 보철치료를 위하여 임시 보철치료를 받은 경우
 10. 영구치 발치를 전제로 하지 않는 보철치료(선천적으로 영구치가 없는 경우에 보철치료를 받는 경우 포함)
- ④ 피보험자에게 최초계약의 보철치료보장개시일 이후 최초계약의 계약일로부터 2년 이내에 제3조(보험금의 지급사유)

에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일부터 2년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 "계약일부터 2년이내"란 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다. 단, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금의 100%를 지급합니다.
 ⑤ 제4항의 보험금 감액지급과 관련한 사항은 영구치 발치일을 기준으로 계산합니다.

〈보장개시일 및 보험금 감액 지급 예시〉

※ 계약일: 2017년 4월 1일(최초계약)

※ 영구치 발치일을 기준으로 적용



(주) 1. 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보철치료를 받은 경우에는 계약일[부활(효력회복)일]부터 보장합니다.
 2. 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금의 100%를 지급합니다.

⑥ 제3조(보험금 지급사유)의 경우 다음을 연간 보장한도로 해당 영구치보철치료보험금을 지급합니다. 이때, 임플란트 치료 및 고정성가공의치(브릿지)치료의 경우 최초계약의 계약일부터 2년 이내의 연간 보장한도는 연간 발치한 영구치 개수 기준으로 산정하며, 연간 보장한도를 초과하여 발치한 영구치는 치료시기에 관계없이 보험금을 지급하지 않습니다. 또한, 최초계약의 계약일부터 2년이내란, 최초계약의 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.

구 분	최초계약의 계약일부터 경과기간	보장한도	비고
임플란트치료	2년 이내	연간 3개 (연간 발치한 영구치 개수 기준)	연간 보장한도를 초과하여 발치한 영구치는 치료시기에 관계없이 보험금을 지급하지 않음
	2년 초과 및 갱신계약	한도 없음	-
고정성가공의치(브릿지)치료	2년 이내	연간 3개 (연간 발치한 영구치 개수 기준)	연간 보장한도를 초과하여 발치한 영구치는 치료시기에 관계없이 보험금을 지급하지 않음
	2년 초과 및 갱신계약	한도 없음	-
가철성의치(틀니)치료	전기간	연간 1회	연간 보장한도를 초과하여 치료한 경우 보험금을 지급하지 않음

⑦ 피보험자가 보험기간 중 최초계약의 보철치료보장개시일 이후 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보철치료가 필요하다는 진단을 받았으나 치과의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 만료 후 치료를 계속하는 경우, 보험기간 만료 후 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일) 이내의 치료는 보험기간이 만료된 날의 전일이 속한 보험연도의 연간 보장한도 내에서 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

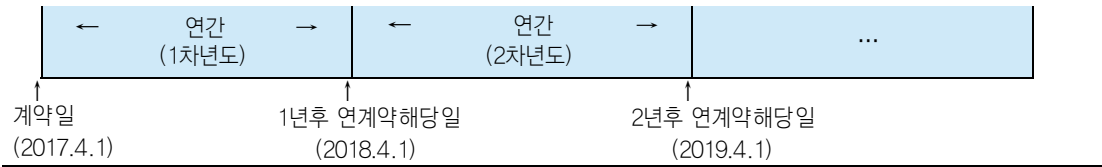
용어	<보험연도>
해설	당해연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어, 보험계약일이 2014년 8월 15일인 경우 보험연도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년이 됩니다.

⑧ 제6항 및 제7항의 “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 연계약해당일 전일까지의 기간을 의미하며, 보장한도 산정의 기준일자는 영구치 발치일로 합니다.

설명	<제4조 제8항 보장한도 산정 예시> 2017년 4월 1일에 특약을 체결한 피보험자가 최초계약의 보철치료보장개시일 이후에 영구치 1개에 치아우식증(충치)을 진단 받고, 해당 영구치에 대하여 2018년 3월 27일에 발치한 후 2018년 4월 3일에 보철치료를 한 경우, 해당 보철치료는 1차년도 연간(2017.4.1 ~ 2018.3.31) 보장한도에 산정되며, 2차년도 연간(2018.4.1 ~ 2019.3.31) 보장한도에는 산정되지 않습니다.
-----------	---

<연간 계산 예시>

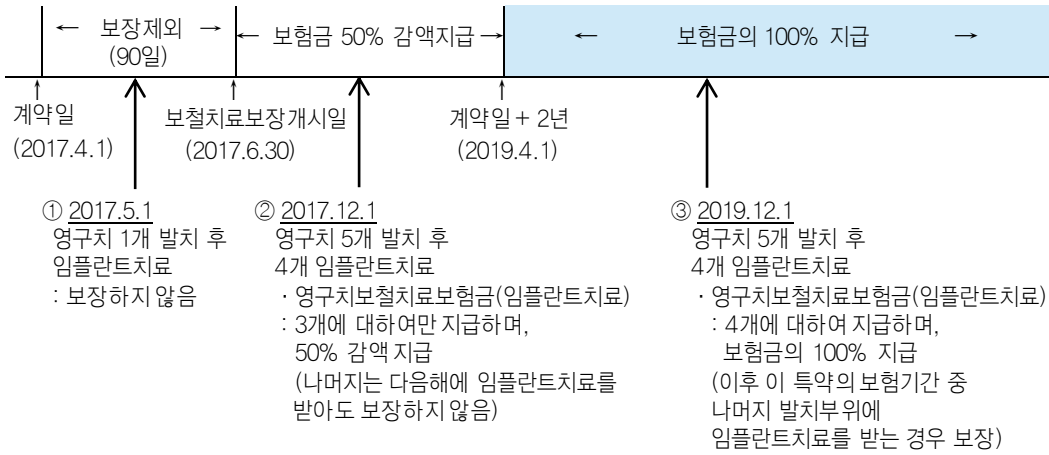
※ 계약일: 2017년 4월 1일



<보험금 지급 예시>

※ 계약일: 2017년 4월 1일(최초계약)

(사례) 임플란트치료 [치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 발생시]



(※) 상기보험금 지급 예시는 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 진단확정일과 영구치 발치 및 임플란트치료 시점이 동일함을 가정한 예시입니다.

- ⑨ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조 [보험금의 청구]

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 진료기록부 등]
3. 보철치료 관련 증명서
가. 아래 내용이 포함된 보철치료 확인서(회사양식) 및 치과진료기록
(1) 발치한 영구치의 명칭 및 위치 또는 치아번호
(2) 해당 영구치의 내원 당시의 상태
(3) 직접적인 발치 원인
(4) 치료받은 보철치료의 종류
(5) 치과 내원일, 진단확정일, 발치일자 및 치료종료(예정)일
(6) 진단명 및 진단명에 해당하는 한국표준질병·사인분류번호
나. 영구치 발치 전후 및 보철치료 전후의 X-ray 사진
다. 회사가 상기 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하여 추가로 요청하는 구강 내 사진 또는 이에 준하는 판독 자료
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에서 정한 사고증명서 및 보철치료 관련 증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원(보철치료관련증명서의 경우 치과병원이나 치과의원) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 [보험금의 지급절차]

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 조사의 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표 5(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)와 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(다만, 대상기관은 금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)

- 3. 수사기관의 조사
- 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
- 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
- 6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제10항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 이를 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다. 다만, 진단특약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 - 1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
 - 3. 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때. 단, 진단특약의 경우 질병에 대하여는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 1년이 지났을 때
 - 4. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 - 5. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 - 6. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나

계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때

다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(특약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)특약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)특약을 최초계약으로 봅니다].

제12조 [사기에 의한 계약]

① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사행에 의하여 특약이 성립 되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 여기서 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, '감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액'입니다. 이하, 같습니다.

제4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기

간에 대하여 「평균공시이율 +1%」를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다도 최초계약의 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

제13조의3 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시전 보험기간, 주계약이 갱신행보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신행보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 계약자적립액이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 계약자적립액은 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제22조(해약환급금)에서 정한 해약환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제14조 [특약의 무효]

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견

하였을 때 이미 특약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
 3. 이 특약의 피보험자의 영구치가 모두 상실되어 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 소멸 사유 발생 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 제2호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제2호 및 제3호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제7조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선

납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제 되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제18조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

② 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다. 여기서, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

⑤ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

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

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

1. 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)
2. 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 보철치료보장개시일은 제2조의9(특약의 보장개시일)에서 정한 보철치료보장개시일로 합니다.

⑤ 제1항에서 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약 및 이전의 모든 부

할(효력회복)을 청약할 때 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조의2 [위법계약의 해지]

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 특약체결에 대한 회사의 법위반 사항이 있는 경우 특약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 「금융소비자보호에 관한 법률 시행령」 제38조제4항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제22조(해약환급금) 제3항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험수익자가 2명 이상인 경우, 제1항 제1호에서 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자 외에 다른 수익자에게는 그 수익자 몫에 해당하는 보험금의 일부를 지급하고, 계약자에게는 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자가 받을 수 있었던 보험금에 해당하는 해약환급금을 지급합니다.

제22조 [해약환급금]

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제20조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적용한 해지 당시의 계약자적립액을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

보험금 지급기준표

회사는 보험기간 중 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

영구치보철치료보험금(약관 제3조)

지급사유	피보험자가 최초계약의 보철치료보장개시일 이후에 「제2조의7(보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인)에서 정한 보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인으로 영구치를 발치하고, 이 특약의 보험기간 중 해당 영구치를 발치한 부위에 보철치료를 받은 경우」	
지급금액	(기준: 특약보험가입금액)	
	◇ 최초계약의 계약일로부터 2년 초과	
	구분	지급금액
	구분	지급금액
	구분	지급금액
	구분	지급금액
◇ 최초계약의 계약일로부터 2년 이내		
구분	지급금액	보장한도
구분	지급금액	보장한도
구분	지급금액	보장한도
구분	지급금액	보장한도

- (주) 1. 이 특약의 보철치료보장개시일은 최초계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보철치료를 받은 경우의 보철치료보장개시일은 최초계약일[부활(효력회복)일]과 동일합니다.
- 2. (주)1에도 불구하고 갱신계약의 보철치료보장개시일은 갱신일로 합니다. 또한 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 보철치료보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보철치료를 받은 경우 보철치료보장개시일은 부활(효력회복)일과 동일합니다.
- 3. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 2년 이내란 최초계약의 계약일로부터 2년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.

4. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 2년이내의 보험금 감액과 관련한 사항은 영구치 발치일을 기준으로 계산합니다.
5. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 연계약해당일 전일까지의 기간을 의미하며, 보장한도 산정의 기준일자는 영구치 발치일로 합니다.

치아우식증(충치) 분류표

① 약관에 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 치아우식	K02
· 치수 및 근단주위조직의 질환	K04

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
-----------	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
-----------	---

치주질환(잇몸질환) 분류표

① 약관에 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 치은염(잇몸염) 및 치주질환(잇몸질환)	K05

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
-----------	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
-----------	--

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급 감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉 노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - '법적 개입' 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ '외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)' 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고 [단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장]
- ④ '자연의 힘에 노출(X30~X39)' 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ '우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)' 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. 위 () 안의 내용은 제 8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 발생(진단) 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 있었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」가 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다. 반대로 피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」인 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 봅니다.
-----------	---

2. 발생(진단) 시점에 상기 “1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부가 확인된 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 재해의 분류가 추가 또는 제외되더라도 상기 “1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었 다면, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 「재해」로 볼 수 있어 「재해 발생(진단)」 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않 습니다.
-----------	--

3. 위 「1. 재해의 정의 ㉔」에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, 「2. 재해에 해당되
지 않는 사항 ㉕」에 해당되더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산

구 분	적립 기간	적립 이율
영구치보철치료보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 지급이자도 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 적용됩니다.
 2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 3. 가산이율 적용 시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

소액치과치료추가보장특약 D10(갱신형, 무배당) 약관

※ 상품명칭의 “10”은 “갱신주기 10년”을 의미합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 [용어의 정의]

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자: 회사와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권: 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 진단특약: 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.
- 마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해: (별표4) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 최초계약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.
- 다. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어

- 가. 최초계약: 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제13조의3(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지

가 10년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“유치”의 정의]

이 특약에서 “유치”라 함은 젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아(젖니)를 말합니다.

제2조의4 [“영구치”의 정의]

이 특약에서 “영구치”라 함은 유치가 빠진 후 나는 자연치아[간니 또는 성치(成齒)]를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치[치식(齒式)]에 맞지 않고 여분으로 난 치아 및 선천적 기형 치아(એ소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.

제2조의5 [“치아”의 정의]

이 특약에서 “치아(齒牙)”라 함은 “유치”와 “영구치”를 말합니다.

제2조의6 [“치아우식증(충치)”, “치주질환(잇몸질환)”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에서 “치아우식증(충치)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[치아우식증(충치) 분류표]에 해당하는 것으로 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.

② 이 특약에서 “치주질환(잇몸질환)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3[치주질환(잇몸질환) 분류표]에 해당하는 것으로 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분되며, 염증 반응이 치은 조직에만 국한되었을 경우에는 치은(잇몸)염이라 하고, 치은(잇몸)염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 합니다.

③ “치아우식증(충치)” 또는 “치주질환(잇몸질환)”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 치과병원이나 치과의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 치과의사 면허를 가진 자(이하 “치과의사”라 합니다)에 의합니다.

제2조의7 [“치수치료(신경치료)”의 정의]

이 특약에서 “치수치료(신경치료)”라 함은 치아내부에 있는 치수(혈관이 밀집된 연조직)가 치아우식증(충치)에 감염되거나 치주질환(잇몸질환)으로 인해 손상된 경우, 치과의사에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병원·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 치수를 제거하여 통증이나 기타증상을 없애고 치아가 제자리에서 기능을 할 수 있도록 보존하는 치료를 말합니다.

제2조의8 [“영구치 발치”의 정의]

① 이 특약에 있어서 “영구치 발치”라 함은 치과의사가 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 수술을 말합니다.

② 제1항에서 정한 “영구치 발치”에 대한 판단은 치과의사에 의합니다.

제2조의9 [보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인]

이 특약에서 제 3조(보험금의 지급사유) 제1호에 해당하는 보험금 지급사유의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인은 보험기간 중 「제2조의13(특약의 보장개시일)에서 정한 최초계약의 소액치과치료보장개시일」 이후에 진단 확정된 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 치아가 뿌리까지 손상되어 영구치의 전부 또는 일부라도 보존할 수 없다고 판단되어 영구치를 발치한 경우를 말합니다. 다만, 제2조의10(보장의 대상이 되지 않는 “영구치 발치”의 원인)에서 정한 원인으로 영구치를 발치한 경우는 제외합니다.

제2조의10 [보장의 대상이 되지 않는 “영구치 발치”의 원인]

① 이 특약에서 제 3조(보험금의 지급사유) 제1호에 해당하는 보험금 지급사유의 대상이 되지 않는 “영구치 발치”의 원인은 다음과 같습니다.

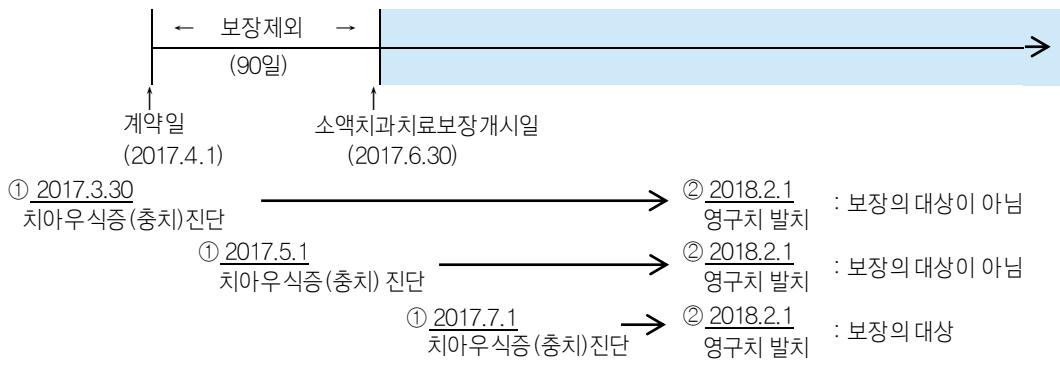
1. 제3대구치(사랑니)를 발치하는 경우
2. 의치보철준비
 - 「치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해」가 발치의 직접적인 원인이 아니고, 보철치료를 위한 준비로서 영구치를 발치하는 경우
3. 치열교정준비 및 위치이상
 - 부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발치하였거나 위치이상으로 심미적인 개선을 위해 발치하는 경우
4. 맹출장애
 - 부분매복되거나, 완전매복되어 발치하는 경우
5. 「치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해」 이외의 기타 원인으로 발치하는 경우
6. 「제2조의13(특약의 보장개시일)에서 정한 최초계약의 소액치과치료보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 「최초계약의 계약일 전에 발생한 재해」를 원인으로 보험기간 중 영구치를 발치한 경우

② 제1항 제2호의 “보철치료”라 함은 치과의사에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병원·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 받는 “임플란트(Implant)치료”, “고정성가공의치(브릿지, Bridge)치료”, “가철성의치(틀니, Denture)치료”를 말하며, 각각의 정의는 다음과 같습니다.

1. “임플란트(Implant)치료”라 함은 점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 이물 성형재료를 매식한 후, 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.
2. “고정성가공의치(브릿지, Bridge)치료”라 함은 치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로, 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구접착 되는 인공 보철물을 장착하는 치료를 말합니다.
3. “가철성의치(틀니, Denture)치료”라 함은 영구치 및 그와 연관된 조직이 결손이 되었을 때 인공적으로 대치하는 보철물(국소의치, 총의치)을 장착하는 시술을 말합니다. 국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며 금관, 지대치 혹은 다른 고정성 가공의치(브릿지) 및 점막에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 영구치가 하나도 없는 환자에게 인공적인 방법과 수단으로 여러 가지 재료를 사용하여 제작하는 의치를 말하며 영구치 또는 인공치의 치열 전체, 보통 상실한 영구치와 주위 조직을 대신하는 인공 보철물을 말합니다.

< “보장의 대상이 되는 영구치 발치” 및 “보장의 대상이 되지 않는 영구치 발치” 예시 >

※ 계약일: 2017년 4월 1일, 피보험자 가입나이 40세, 최초계약



제2조의11 [“구내방사선 촬영”의 정의]

① 이 특약에서 “구내방사선 촬영”이라 함은 “국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여”에서 구내방사선 촬영이 필요하다고 인정한 기준(이하 “구내방사선 촬영 급여 인정 기준”이라고 합니다)에 해당하는 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)에서 정한 국내의 치과에서 (별표5) 구내방사선 촬영 분류표에 해당하는 촬영을 받

단 확정받은 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)」 또는 보험기간 중 새롭게 발생한 재해를 직접적인 원인으로 처음으로 소액치과치료를 받은 것을 의미하며, 첫번째 소액치과치료 이후에 이미 소액치과치료를 받은 원인과 동일한 원인으로 소액치과치료를 받은 경우는 보험금을 지급하지 않습니다.

설명	<p>〈제4조 제4항 예시〉</p> <p>피보험자가 최초계약의 소액치과치료보장개시일 이후에 상악 어금니(영구치) 1개에 치아우식증(충치)이 발생하여 보험기간 중 최초로 해당 영구치에 치수치료(신경치료)를 받고 보험금을 지급 받았으나, 새로운 「치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 진단 확정」 또는 새로운 재해의 발생 없이 동일한 영구치에 다시 치수치료(신경치료)를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.</p>
-----------	---

⑤ 제3조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 이미 치수치료(신경치료)를 받은 치아에 대하여 보험기간 중 최초계약의 소액치과치료보장개시일 이후에 「새롭게 진단 확정받은 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)」 또는 보험기간 중 새롭게 발생한 재해를 직접적인 원인으로 새로이 치수치료(신경치료)를 받은 경우에도 해당 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 보험기간 중 최초계약의 소액치과치료보장개시일 이후 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 소액치과치료가 필요하다는 진단을 받았으나 치과의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 만료 후 치료를 계속하는 경우, 보험기간 만료 후 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일) 이내의 치료는 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑦ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
 - 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조 [보험금의 청구]

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 진료기록부, 국민건강보험법의 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 진료비 영수증 또는 요양급여비용명세서 등]
3. 소액치과치료 관련 증명서
 - 가. 아래 내용이 포함된 소액치과치료 확인서(회사양식) 및 치과진료기록
 - (1) 치료한 치아의 명칭 및 위치 또는 치아번호
 - (2) 해당 치아의 내원 당시의 치아상태
 - (3) 직접적인 소액치과치료원인
 - (4) 치과 내원일, 진단확정일, 치료시작일 및 치료종료(예정)일
 - (5) 진단명 및 진단명에 해당하는 한국표준질병·사인분류번호
 - 나. 영구치 발치 전후 및 치과치료 전후의 X-ray 사진

다. 회사가 상기 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하여 추가로 요청하는 구강 내 사진 또는 이에 준하는 판독 자료

4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항에서 정한 사고증명서 및 소액치과치료 관련 증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원(소액치과치료관련증명서의 경우 치과병원이나 치과의원) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 [보험금의 지급절차]

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표 6(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청(다만, 대상기관은 금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제8항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 이를 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다. 다만, 진단특약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
3. 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때. 단, 진단특약의 경우 질병에 대하여는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 1년이 지났을 때
4. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
5. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
6. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(특약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)특약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)특약을 최초계약으로 봅니다].

제12조 [사기에 의한 계약]

① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이

전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 여기서 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, '감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액'입니다. 이하 같습니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(講約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 「평균공시이율+1%」를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 최초계약의 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

제13조의3 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시전 보험기간, 주계약이 갱신행보험인 경우에는 주계약의 최종 갱

신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

- ④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 - 1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 - 2. 주계약이 갱신행보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 계약자적립액이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 계약자적립액은 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 "산출방법서" 라 합니다)에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제22조(해약환급금)에서 정한 해약환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
- ⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제14조 [특약의 무효]

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
 - 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 제2호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제7조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제18조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- ① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ② 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다. 여기서, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ④ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

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

다.

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

1. 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)
2. 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 소액치과치료보장개시일 및 방사선 촬영보장개시일은 각각 제2조의13(특약의 보장개시일)에서 정한 소액치과치료보장개시일 및 방사선촬영보장개시일로 합니다.

⑤ 제1항에서 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약 및 이전의 모든 부활(효력회복)을 청약할 때 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조의2 [위법계약의 해지]

① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 특약체결에 대한 회사의 법위반 사항이 있는 경우 특약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 「금융소비자보호에 관한 법률 시행령」 제38조제4항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제22조(해약환급금) 제3항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

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

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류

또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험수익자가 2명 이상인 경우, 제1항 제1호에서 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자 외에 다른 수익자에게는 그 수익자 몫에 해당하는 보험금의 일부를 지급하고, 계약자에게는 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자가 받을 수 있었던 보험금에 해당하는 해약환급금을 지급합니다.

제22조 [해약환급금]

① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표6(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

③ 제20조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항

제23조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

보험금 지급기준표

회사는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 영구치발치보험금(약관 제3조 제1호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 소액치과치료보장개시일 이후에 「제2조의9(보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인)에서 정한 보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인으로 영구치 발치를 받은 경우」 (영구치 발치 1개당 지급)
지급금액	특약보험가입금액의 1.0%

- 치수치료보험금(약관 제3조 제2호)

지급사유	피보험자가 “최초계약의 소액치과치료보장개시일 이후에 치아에 대하여 ‘치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)’으로 진단 확정 받고 이 특약의 보험기간 중 해당 치아에 대하여 최초로 치수치료(신경치료)를 받은 경우” 또는 “이 특약의 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 해당 치아에 대하여 최초로 치수치료(신경치료)를 받은 경우” (치료한 치아 1개당 지급)
지급금액	특약보험가입금액의 0.1%

- 구내방사선촬영보험금(약관 제3조 제3호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 방사선촬영보장개시일 이후에 구내방사선촬영을 받은 경우 (촬영 1회당 지급)
지급금액	특약보험가입금액의 0.05%

- (주) 1. 이 특약의 소액치과치료보장개시일은 최초계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만 「보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 소액치과치료를 받은 경우」 또는 「계약을 체결할 때[부활(효력회복)일 현재] 피보험자가 3세 미만인 경우」의 소액치과치료보장개시일은 최초계약일[부활(효력회복)일]과 동일합니다.
2. (주)1에도 불구하고, 갱신계약의 소액치과치료보장개시일은 갱신일로 합니다. 또한 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 소액치과치료보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 소액치과치료를 받은 경우 소액치과치료보장개시일은 부활(효력회복)일과 동일합니다.
3. 이 특약의 방사선촬영보장개시일은 최초계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만 「보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 구내방사선촬영을 받은 경우」 또는 「계약을 체결할 때[부활(효력회복)일 현재] 피보험자가 3세 미만인 경우」의 방사선촬영보장개시일은 최초계약일[부활(효력회복)일]과 동일합니다.
4. (주)3에도 불구하고, 갱신계약의 방사선촬영보장개시일은 갱신일로 합니다. 또한 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 방사선촬영보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 구내방사선촬영을 받은 경우 방사선촬영보장개시일은 부활

(효력회복)일과 동일합니다.

5. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 “최초”란, 보험기간 중 최초계약의 소액치과치료보장개시일 이후에 「새롭게 진단 확정받은 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)」 또는 보험기간 중 새롭게 발생한 재해를 직접적인 원인으로 처음으로 소액치과치료를 받은 것을 의미하며, 첫번째 소액치과치료 이후에 이미 소액치과치료를 받은 원인과 동일한 원인으로 소액치과치료를 받은 경우는 보험금을 지급하지 않습니다.

치아우식증(충치) 분류표

① 약관에 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 치아우식	K02
· 치수 및 근단주위조직의 질환	K04

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
-----------	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
-----------	---

치주질환(잇몸질환) 분류표

① 약관에 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 치은염(잇몸염) 및 치주질환(잇몸질환)	K05

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
-----------	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
-----------	--

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급 감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉 노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - 법적 개입 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ ‘외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)’ 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고 [단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장]
- ④ ‘자연의 힘에 노출(X30~X39)’ 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ ‘우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)’ 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. 위 () 안의 내용은 제 8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 발생(진단) 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 있었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」가 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다. 반대로 피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」인 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 봅니다.
-----------	---

2. 발생(진단) 시점에 상기 “1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부가 확인된 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 재해의 분류가 추가 또는 제외되더라도 상기 “1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었던다면, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 「재해」로 볼 수 있어 「재해 발생(진단)」 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다.
-----------	--

3. 위 「1. 재해의 정의 ㉔」에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, 「2. 재해에 해당되지 않는 사항 ㉔」에 해당되더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

별표5

구내방사선 촬영 분류표

분류표
치근단 (Periapical View)
교익 (Bitewing View)
교합 (Occlusal View)

별표6

보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산

구 분	적립 기간	적립 이율
영구치발치보험금 치수치료보험금, 구내방사선촬영보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 지급이자도 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 적용됩니다.
 2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 3. 가산이율 적용 시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

영구치상실위로금특약 D10(갱신형, 무배당) 약관

※ 상품명칭의 “10”은 “갱신주기 10년”을 의미합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 [용어의 정의]

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자: 회사와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권: 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 진단특약: 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.
- 마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해: (별표4) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입 금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 최초계약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.
- 다. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
- 다. 연계약해당일: 계약일부터 1년마다 돌아오는 매년의 계약해당일을 말합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 연계약해당일로 합니다.

설명

〈해당 연도의 계약해당일이 없는 경우 예시〉

계약일이 2020년 2월 29일인 경우 차년도 연계약해당일은 2021년 2월 28일입니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어

- 가. 최초계약: 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제13조의3(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 10년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“영구치”의 정의]

- ① 이 특약에서 “영구치”라 함은 유치가 빠진 후 나는 자연치아[간니 또는 성치(成齒)]를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치[치식(齒式)]에 맞지 않고 여분으로 난 치아] 및 선천적 기형 치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
- ② 제1항의 “유치”라 함은 젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아(젖니)를 말합니다.

제2조의4 [“치아우식증(충치)”, “치주질환(잇몸질환)”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에서 “치아우식증(충치)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[치아우식증(충치) 분류표]에 해당하는 것으로 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “치주질환(잇몸질환)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3[치주질환(잇몸질환) 분류표]에 해당하는 것으로 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분되며, 염증 반응이 치은 조직에만 국한되었을 경우에는 치은(잇몸)염이라고 하고, 치은(잇몸)염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 합니다.
- ③ “치아우식증(충치)” 또는 “치주질환(잇몸질환)”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 치과병원이나 치과의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 치과의사 면허를 가진 자(이하 “치과의사”라 합니다)에 의합니다.

제2조의5 [“영구치 발치”의 정의]

- ① 이 특약에 있어서 “영구치 발치”라 함은 치과의사가 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 수술을 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 “영구치 발치”에 대한 판단은 치과의사에 의합니다.

제2조의6 [보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인]

이 특약에서 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인은 보험기간 중 「제2조의8(특약의 보장개시일)에서 정한 최초계약의 영구치상실보장개시일」 이후에 진단 확정된 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 치아가 뿌리까지 손상되어 영구치의 전부 또는 일부라도 보존할 수 없다고 판단되어 영구치를 발치한 경우를 말합니다. 다만, 제2조의7(보장의 대상이 되지 않는 “영구치 발치”의 원인)에서 정한 원인으로 영구치를 발치한 경우는 제외합니다.

제2조의7 [보장의 대상이 되지 않는 “영구치 발치”의 원인]

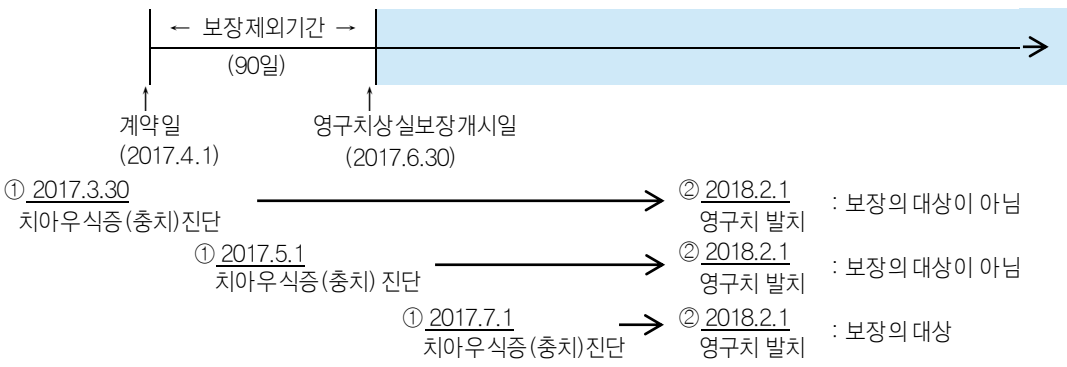
- ① 이 특약에서 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유의 대상이 되지 않는 “영구치 발치”의 원인은 다음과 같습니다.
 1. 제3대구치(사랑니)를 발치하는 경우
 2. 의치보철준비
「치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해」가 발치의 직접적인 원인이 아니고, 보철치료를 위한 준비로서 영구치를 발치하는 경우
 3. 치열교정준비 및 위치이상
부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발치하였거나 위치이상으로 심미적인 개선을 위해 발치하는 경우
 4. 맹출장애

부분매복되거나, 완전매복되어 발치하는 경우

5. 「치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해」 이외의 기타 원인으로 발치하는 경우
 6. 「제2조의8(특약의 보장개시일)에서 정한 최초계약의 영구치상실보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 「최초계약의 계약일 전에 발생한 재해」를 원인으로 보험기간 중 영구치를 발치한 경우
- ② 제1항 제2호의 “보철치료”라 함은 치과의사에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병원·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 받는 “임플란트(Implant)치료”, “고정성가공의치(브릿지, Bridge)치료”, “가철성의치(틀니, Denture)치료”를 말하며, 각각의 정의는 다음과 같습니다.
1. “임플란트(Implant)치료”라 함은 점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 이물 성형재료를 매식한 후, 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.
 2. “고정성가공의치(브릿지, Bridge)치료”라 함은 치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로, 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구접착 되는 인공 보철물을 장착하는 치료를 말합니다.
 3. “가철성의치(틀니, Denture)치료”라 함은 영구치 및 그와 연관된 조직이 결손이 되었을 때 인공적으로 대체하는 보철물(국소의치, 총의치)을 장착하는 시술을 말합니다. 국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며 금관, 지대치 혹은 다른 고정성 가공의치(브릿지) 및 점막에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 영구치가 하나도 없는 환자에게 인공적인 방법과 수단으로 여러 가지 재료를 사용하여 제작하는 의치를 말하며 영구치 또는 인공치의 치열 전체, 보통 상실한 영구치와 주위 조직을 대신하는 인공 보철물을 말합니다.

< “보장의 대상이 되는 영구치 발치” 및 “보장의 대상이 되지 않는 영구치 발치” 예시 >

※ 계약일: 2017년 4월 1일, 피보험자 가입나이 40세, 최초계약

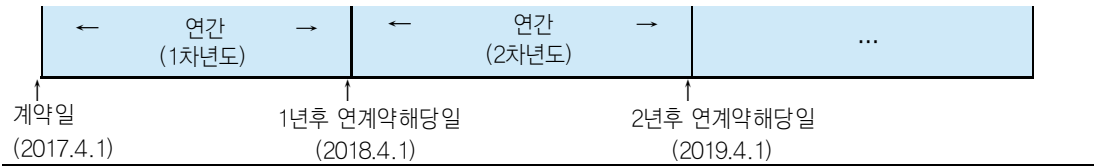


제2조의8 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2조의5(“영구치 발치”의 정의)에서 정한 영구치 발치의 보장개시일은 최초계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 「영구치상실보장개시일」이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 영구치 발치를 받은 경우 영구치상실보장개시일은 최초계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 동일합니다.
- ③ 제 2항에도 불구하고 갱신계약의 영구치상실보장개시일은 갱신일로 합니다. 또한 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 영구치상실보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 영구치 발치를 받은 경우 영구치상실보장개시일은 부활(효력회복)일과 동일합니다.

<연간 계산 예시>

※ 계약일: 2017년 4월 1일



⑨ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑩ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조 [보험금의 청구]

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서[사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 진료기록부 등]

3. 영구치발치 관련 증명서

가. 아래 내용이 포함된 영구치발치 확인서(회사양식) 및 치과진료기록

(1) 발치한 영구치의 명칭 및 위치 또는 치아번호

(2) 해당 치아의 내원 당시의 치아상태

(3) 직접적인 발치 원인

(4) 치과 내원일, 진단확정일, 발치일자 및 치료종료(예정)일

(5) 진단명 및 진단명에 해당하는 한국표준질병·사인분류번호

나. 영구치 발치 전후의 X-ray 사진

다. 회사가 상기 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하여 추가로 요청하는 구강 내 사진 또는 이에 준하는 판독 자료

4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에서 정한 사고증명서 및 영구치발치 관련 증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원(영구치발치 관련 증명서의 경우 치과병원이나 치과의원) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것 이어야 합니다.

제7조 [보험금의 지급절차]

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편

등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표 5(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)와 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청(다만, 대상기관은 금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제10항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 이를 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다. 다만, 진단특약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
 3. 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때. 단, 진단특약의 경우 질병에 대하여는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 1년이 지났을 때
 4. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 5. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 6. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(특약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리 결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등 기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑥ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)특약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복) 특약을 최초계약으로 봅니다].

제12조 [사기에 의한 계약]

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 여기서 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, '감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액'입니다. 이하, 같습니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(講約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 「평균공시이율+1%」를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 최초계약의 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

제13조의3 [특약의 갱신]

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 계약자적립액이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 계약자적립액은 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하, "산출방법서" 라 합니다)에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제22조(해약환급금)에서 정한 해약환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제14조 [특약의 무효]

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자의 영구치가 모두 상실되어 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 소멸 사유 발생 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제2호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항 제2호 및 제3호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제7조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제18조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- ① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ② 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다. 여기서, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ④ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

- ① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합

니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

1. 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)
2. 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 영구치상실보장개시일은 제2조의 8(특약의 보장개시일)에서 정한 영구치상실보장개시일로 합니다.
- ⑤ 제1항에서 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약 및 이전의 모든 부활(효력회복)을 청약할 때 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조의2 [위법계약의 해지]

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 특약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 특약체결일로부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 「금융소비자보호에 관한 법률 시행령」 제38조제4항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제22조(해약환급금) 제3항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험수익자가 2명 이상인 경우, 제1항 제1호에서 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자 외에 다른 수익자에게는 그 수익자 몫에 해당하는 보험금의 일부를 지급하고, 계약자에게는 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자가 받을 수 있었던 보험금에 해당하는 해약환급금을 지급합니다.

제22조 [해약환급금]

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제20조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항

제23조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

보험금 지급기준표

회사는 보험기간 중 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

영구치상실위로금(약관 제3조)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 영구치상실보장개시일 이후에 「제2조의6(보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인)에서 정한 보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인으로 영구치 발치를 받은 경우		
지급금액	(기준: 특약보험가입금액)		
	구분	지급금액	보장한도
	최초계약의 계약일부 2년 초과	3%	연간 1회
최초계약의 계약일부 2년 이내	1.5%		
(주) 1. 최초계약의 계약일부 2년 이내에 「보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보험금 지급 사유가 발생한 경우」의 지급금액은 “최초계약의 계약일부 2년 초과”시와 동일하게 적용합니다. 2. 갱신계약의 지급금액 및 보장한도는 “최초계약의 계약일부 2년 초과”시와 동일하게 적용합니다.			

- (주) 1. 이 특약의 영구치상실보장개시일은 최초계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 영구치 발치를 받은 경우 영구치상실보장개시일은 최초계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 동일합니다.
- 2. (주)1에도 불구하고 갱신계약의 영구치상실보장개시일은 갱신일로 합니다. 또한 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 영구치상실보장개시일은 부활(효력회복)일부 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 영구치 발치를 받은 경우 영구치상실보장개시일은 부활(효력회복)일과 동일합니다.
- 3. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부 2년 이내란 최초계약의 계약일부 2년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
- 4. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부 2년이내의 보험금 금액과 관련한 사항은 영구치 발치일을 기준으로 계산합니다.
- 5. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 “연간”이란 계약일부 2년 단위로 도래하는 연계약해당일 전일까지의 기간을 의미하며, 보장한도 산정의 기준일자는 영구치 발치일로 합니다.

치아우식증(충치) 분류표

① 약관에 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 치아우식	K02
· 치수 및 근단주위조직의 질환	K04

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p>
-----------	--

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p>
-----------	--

치주질환(잇몸질환) 분류표

① 약관에 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 치은염(잇몸염) 및 치주질환(잇몸질환)	K05

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
-----------	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
-----------	--

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급 감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉 노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - '법적 개입' 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ '외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)' 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고 [단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장]
- ④ '자연의 힘에 노출(X30~X39)' 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ '우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)' 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(※) 1. 위 () 안의 내용은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 발생(진단) 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 있었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」가 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」인 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 봅니다.</p>
-----------	--

2. 발생(진단) 시점에 상기 “1. 재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부가 확인된 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 재해의 분류가 추가 또는 제외되더라도 상기 “1. 재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다면, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 「재해」로 볼 수 있어 「재해 발생(진단)」 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다.
-----------	---

3. 위 「1. 재해의 정의 ②」에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, 「2. 재해에 해당되지 않는 사항 ㉔」에 해당되더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산

구 분	적립기간	적립 이율
영구치상실위로금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 지급이자도 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 적용됩니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 3. 가산이율 적용 시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

재식립임플란트치료보장특약(갱신형, 무배당) 약관

※ 이 특약의 갱신주기는 10년으로 합니다.

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 [용어의 정의]

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어
 - 가. 계약자: 회사와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
 - 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
 - 다. 보험증권: 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
 - 라. 진단특약: 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.
 - 마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
 2. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해: (별표4) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
 3. 지급금과 이자율 관련 용어
 - 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
 - 나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 최초계약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.
 - 다. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
 4. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
 - 나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
 - 다. 연계약해당일: 계약일부터 1년마다 돌아오는 매년의 계약해당일을 말합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 연계약해당일로 합니다.
- | | |
|-----------|---|
| 설명 | 〈해당 연도의 계약해당일이 없는 경우 예시〉
계약일이 2020년 2월 29일인 경우 차년도 연계약해당일은 2021년 2월 28일입니다. |
|-----------|---|
5. 특약의 갱신 관련 용어
 - 가. 최초계약: 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
 - 나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제13조의3(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
 - 다. 갱신일: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 10년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“영구치”의 정의]

- ① 이 특약에서 “영구치”라 함은 유치가 빠진 후 나는 자연치아[간니 또는 성치(成齒)]를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치[치식(齒式)]에 맞지 않고 여분으로 난 치아] 및 선천적 기형 치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
- ② 제1항의 “유치”라 함은 젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아(젖니)를 말합니다.

제2조의4 [“치아우식증(충치)”, “치주질환(잇몸질환)”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에서 “치아우식증(충치)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[치아우식증(충치) 분류표]에 해당하는 것으로 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 치주염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “치주질환(잇몸질환)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3[치주질환(잇몸질환) 분류표]에 해당하는 것으로 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분되며, 염증 반응이 치은 조직에만 국한되었을 경우에는 치은(잇몸)염이라 하고, 치은(잇몸)염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 합니다.
- ③ “치아우식증(충치)” 또는 “치주질환(잇몸질환)”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 치과병원이나 치과의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 치과의사 면허를 가진 자(이하 “치과의사”라 합니다)에 의합니다.

제2조의5 [“보철치료”의 정의]

- ① 이 특약에서 “보철치료”라 함은 치과의사에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병원이나 치과의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 받는 “임플란트(Implant)치료”, “고정성가공의치(브릿지, Bridge)치료”, “가철성의치(틀니, Denture)치료”를 말하며, “재식립임플란트치료”는 제외합니다.
- ② “임플란트(Implant)치료”라 함은 점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 이물 성형재료를 매식한 후, 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.
- ③ “고정성가공의치(브릿지, Bridge)치료”라 함은 치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로, 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구접착 되는 인공 보철물을 장착하는 치료를 말합니다.
- ④ “가철성의치(틀니, Denture)치료”라 함은 영구치 및 그와 연관된 조직이 결손이 되었을 때 인공적으로 대체하는 보철물(국소의치, 총의치)을 장착하는 시술을 말합니다. 국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며 금관, 지대치 혹은 다른 고정성 가공의치(브릿지) 및 점막에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 영구치가 하나도 없는 환자에게 인공적인 방법과 수단으로 여러 가지 재료를 사용하여 제작하는 의치를 말하며 영구치 또는 인공치의 치열 전체, 보통 상실한 영구치와 주위 조직을 대신하는 인공 보철물을 말합니다.

제2조의6 [“영구치 발치”의 정의]

- ① 이 특약에 있어서 “영구치 발치”라 함은 치과의사가 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 “영구치 발치”에 대한 판단은 치과의사에 의합니다.

제2조의7 [보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인]

이 특약에서 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인은 보험기간 중 「제2조의10(특약의 보장개시일)에서 정한 최초계약의 보철치료보장개시일」 이후에 진단 확정된 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 치아가 뿌리까지 손상되어 영구치의 전부 또는 일부라도 보존할 수 없다고 판단되어 영구치를 발치한 경우를 말합니다. 다만, 제2조의8(보장의 대상이 되지 않는 “영구치 발치”의 원인)에서 정한 원인으로 영구치를 발치한 경우는 제외합니다.

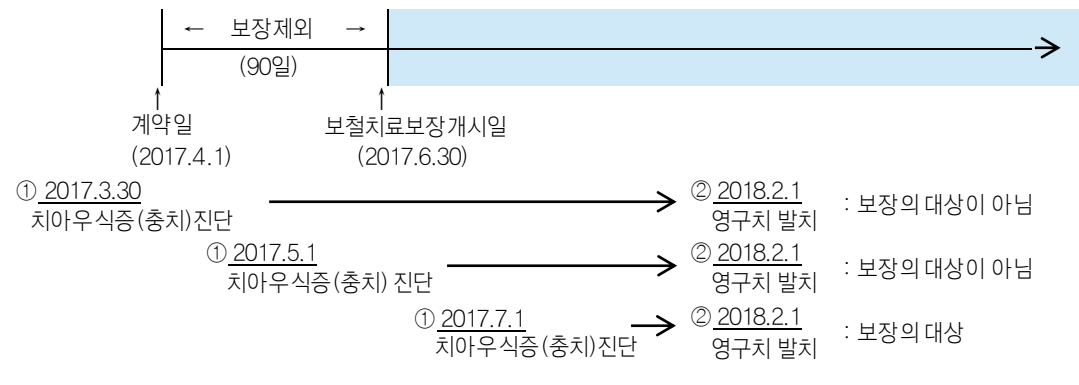
제2조의8 [보장의 대상이 되지 않는 “영구치 발치”의 원인]

이 특약에서 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유의 대상이 되지 않는 “영구치 발치”의 원인은 다음과 같습니다.

1. 제3대구치(사랑니)를 발치하는 경우
2. 의치보철준비
 - 「치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해」가 발치의 직접적인 원인이 아니고, 보철치료를 위한 준비로서 영구치를 발치하는 경우
3. 치열교정준비 및 위치이상
 - 부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발치하였거나 위치이상으로 심미적인 개선을 위해 발치하는 경우
4. 맹출장애
 - 부분매복되거나, 완전매복되어 발치하는 경우
5. 「치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해」 이외의 기타 원인으로 발치하는 경우
6. 「제2조의10(특약의 보장개시일)에서 정한 최초계약의 보철치료보장개시일 전에 진단 확정된 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환)」 또는 「최초계약의 계약일 전에 발생한 재해」를 원인으로 보험기간 중 영구치를 발치한 경우

< “보장의 대상이 되는 영구치 발치” 및 “보장의 대상이 되지 않는 영구치 발치” 예시 >

※ 계약일: 2017년 4월 1일, 피보험자 가입나이 40세, 최초계약



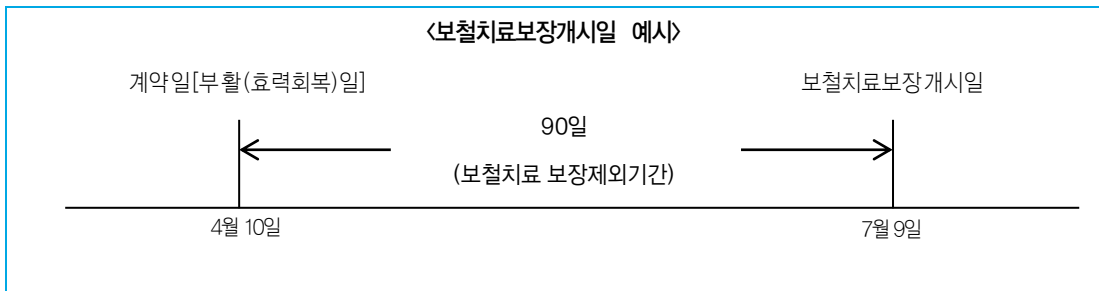
제2조의9 [“재식립임플란트치료”의 정의]

이 특약에서 “재식립임플란트치료”라 함은 치과의사에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병원이나 치과의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 받는 치료로서, 임플란트의 본체인 인공치근(Fixture)을 제거하고 동일 부위에 다시 임플란트를 식립하는 치료를 말합니다.

용어	[임플란트의 구조]
해설	<보철물(Crown)> 잇몸 밖으로 드러나는 치아형상의 구조물 <지대주(Abutment)> 보철물과 인공치근(Fixture)을 연결해주는 구조물 <인공치근(Fixture)> 잇몸뼈에 식립되어 치아의 뿌리역할을 하는 구조물

제2조의10 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2조의5(“보철치료”의 정의)에서 정한 보철치료의 보장개시일은 최초계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 「보철치료보장개시일」이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보철치료를 받은 경우 보철치료보장개시일은 최초계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 보철치료보장개시일은 갱신일로 합니다. 또한 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 보철치료보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보철치료를 받은 경우 보철치료보장개시일은 부활(효력회복)일과 동일합니다.



제2 관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 최초계약의 보철치료보장개시일 이후에 「제2조의7(보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인)에서 정한 보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인으로 영구치를 발치하고 해당 영구치를 발치한 부위에 대해 임플란트치료를 받아 주계약 약관 제3조 제1호에서 정한 영구치보철치료보험금 지급사유가 발생하고, 해당 영구치의 임플란트치료일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 다음 날 이후에 이 특약의 보험기간 중 해당 임플란트를 제거하고 동일 부위에 재식립임플란트치료를 받은 경우, 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 재식립임플란트보철치료보험금으로 지급합니다. 단, 지급기준 및 보장한도 등은 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 (별표1) 보험금 지급기준표를 따릅니다.

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- ① 제2조의5(“보철치료”의 정의) 및 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 다음 각 호 중 어느 하나에 해당하는 때에는 약

관에서 규정하는 "보철치료"로 보지 않으며, 해당 재식립임플란트보철치료보험금도 지급하지 않습니다.

1. 「최초계약의 보철치료보장개시일 전일 이전에 "치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)"을 진단 확정 받은 치아」에 대하여 보철치료를 받은 경우
 2. 「최초계약의 보철치료보장개시일 전일 이전에 발치한 영구치」에 대하여 보철치료를 받은 경우
 3. 최초계약의 계약일 전에 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보철치료를 받거나 영구치 발치를 받은 경우
 4. 「치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 진단확정일」 또는 「영구치 발치일」이 확실하지 않거나 알 수 없는 경우
 5. 「치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해」 이외의 원인(치아교모증, 치경부 마모증, 치열교정 준비 등)으로 보철치료를 받거나 영구치 발치를 받은 경우
 6. 이미 보철치료를 받은 부위에 대하여 수리, 복구, 대체 및 치료를 받은 경우(단, 재식립임플란트치료 제외)
 7. 매복치(Embedded teeth) 및 매몰치(Impacted teeth) 또는 제3대구치(사랑니, Wisdom teeth)에 대하여 보철치료를 받은 경우
 8. 치아성형(Odontoplasty) 또는 라미네이트(Laminate, bonded porcelain restoration in the anterior dentition) 등 미용 목적의 치료
 9. 다른 치료를 위하여 임시 보철치료를 받은 경우
 10. 영구치 발치를 전제로 하지 않는 보철치료(선천적으로 영구치가 없는 경우에 보철치료를 받는 경우 포함)
- ② 피보험자가 최초계약의 보철치료보장개시일 이후에 「제2조의7(보장의 대상이 되는 "영구치 발치"의 원인)에서 정한 보장의 대상이 되는 "영구치 발치"의 원인으로 영구치를 발치하고 해당 영구치를 발치한 부위에 대해 임플란트치료를 받아 주계약 약관 제3조 제1호에서 정한 영구치보철치료보험금 지급사유가 발생한 임플란트에 한하여 해당 임플란트를 제거한 동일부위당 최초 1회를 한도로 지급하며, 이미 재식립임플란트보철치료보험금 지급사유가 발생한 부위에 다시 재식립임플란트치료를 받은 경우에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 회사는 다음을 연간 보장한도로 하여 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 재식립임플란트보철치료보험금을 지급합니다. 이때, 최초계약의 계약일부터 2년 이내의 연간 보장한도는 연간 발치한 영구치 개수 기준으로 산정하며, 연간 보장한도를 초과하여 발치한 영구치에 대해 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우라도 치료 시기에 관계없이 보험금을 지급하지 않습니다. 여기서, 최초계약의 계약일부터 2년이내란, 최초계약의 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.

최초계약의 계약일부 경과기간	보장한도	비고
2년 이내	연간 3개 (연간 발치한 영구치 개수 기준)	연간 보장한도를 초과하여 발치한 영구치에 대해서는 치료시기에 관계없이 보험금을 지급하지 않음
2년 초과 및 갱신계약	한도 없음	-

④ 주계약 약관 제3조 제1호에서 정한 임플란트치료로 인한 영구치보철치료보험금 지급사유가 발생하고, "해당 영구치의 임플란트 치료일부부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날" 전일 이전에 해당 임플란트를 제거하고 동일부위에 재식립임플란트 치료를 받은 경우」 재식립임플란트보철치료보험금을 지급하지 않습니다. 여기서 "주계약 약관 제3조 제1호에서 정한 임플란트치료로 인한 영구치보철치료보험금 지급사유가 발생"이라 함은 피보험자가 최초계약의 보철치료보장개시일 이후에 「제2조의7(보장의 대상이 되는 "영구치 발치"의 원인)에서 정한 보장의 대상이 되는 "영구치 발치"의 원인으로 영구치를 발치하고 해당 영구치를 발치한 부위에 대해 임플란트치료를 받아 영구치보철치료보험금 지급사유가 발생한 경우를 말합니다. 이하 같습니다.

⑤ 주계약 약관 제3조 제1호에서 정한 임플란트치료로 인한 영구치보철치료보험금 지급사유가 발생하고, 해당 영구치의 임플란트 치료일부부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 다음 날 이후에 재식립임플란트치료가 필요하다는 진단을 받았으나 이 특약의 보험기간이 만료된 후 치료를 계속하는 경우, 보험기간 만료 후 180일 이내의 치료는 보장합니다. 단, 이 경우 그 재식립임플란트 치료일을 보험금 지급사유가 발생한 날로 보고 보험기간이 만료된 날의 전일이 속한 보험

연도의 연간 보장한도 내에서 재식립임플란트보철치료보험금을 지급합니다.

㉔ 주계약 약관 제3조 제1호에서 정한 영구치보철치료 중 임플란트치료가 필요하다라는 진단을 받았으나 치과의사와 치료일정 협의를 사유로 이 특약의 보험기간 만료 후 치료를 계속하는 경우, 보험기간 만료 후 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일) 이내의 치료는 보험기간이 만료된 날의 전일 이후에 속한 보험연도의 연간 보장한도 내에서 주계약에서 보장됩니다. 이 때, 해당 영구치의 임플란트 치료일로부터 2년이 지난 임플란트 치료해당일 전일 이전에 해당 임플란트를 제거한 동일 부위에 재식립임플란트 치료를 받은 경우에는 그 재식립임플란트 치료일을 보험금 지급사유가 발생한 날로 보고 재식립임플란트보철치료보험금도 지급합니다. 다만, 해당 영구치의 임플란트 치료일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날 전일 이전에 해당 임플란트를 제거한 동일부위에 재식립임플란트 치료를 받은 경우에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

용어	<보험연도>
해설	당해연도 보험계약 해당일로부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매 1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어, 보험계약일이 2014년 8월 15일인 경우 보험연도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년이 됩니다.

㉕ 주계약 약관 제3조 제1호에서 정한 임플란트치료를 인한 영구치보철치료보험금 지급사유가 발생하고, 해당 영구치의 임플란트 치료일 이후에 이 특약의 보험기간이 만료된 경우라 하더라도, 그 임플란트 치료일로부터 2년이 지난 임플란트 치료해당일 전일 이전에 해당 임플란트를 제거한 동일 부위에 재식립임플란트치료를 받은 경우에는 그 재식립 임플란트치료일을 보험금 지급사유가 발생한 날로 보고 재식립임플란트보철치료보험금을 지급합니다. 다만, 해당 영구치의 임플란트 치료일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날 전일 이전에 해당 임플란트를 제거한 동일부위에 재식립임플란트치료를 받은 경우에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

㉖ 제5항과 제7항에 모두 해당하는 경우, 회사는 계약자에게 유리한 조항을 적용하여 보장하여 드립니다.

설명	<제4조 제8항 계약자에게 유리하게 적용되는 예시>
	(예1) 보험기간 만료일 : 2022.12.31, 임플란트 치료일 : 2021.12.1, 재식립 필요 진단일 : 2022.12.30 → 제5항을 적용할 경우, 2023.6.29까지 보장하며 제7항을 적용할 경우, 2023.11.30까지 보장하므로 회사는 제7항에 따라 2023.11.30까지 보장하여드립니다
	(예2) 보험기간 만료일 : 2022.12.31, 임플란트 치료일 : 2019.12.1, 재식립 필요 진단일 : 2022.12.30 → 제5항을 적용할 경우, 2023.6.29까지 보장하며 제7항을 적용할 경우, 제7항을 적용할 경우 추가보장기간이 없으므로 회사는 제5항에 따라 2023.6.29까지 보장하여드립니다.

㉗ 제4항에서 제7항 및 제3조(보험금의 지급사유)의 “임플란트 치료일”은 임플란트의 본체인 인공치근(Fixture)을 식립한 날을 말하며, 제3조(보험금의 지급사유)의 “해당 임플란트를 제거하고 동일 부위에 재식립임플란트치료를 받은 경우”는 해당 임플란트를 제거한 날이 아닌 재식립임플란트치료를 받은 날을 기준으로 합니다.

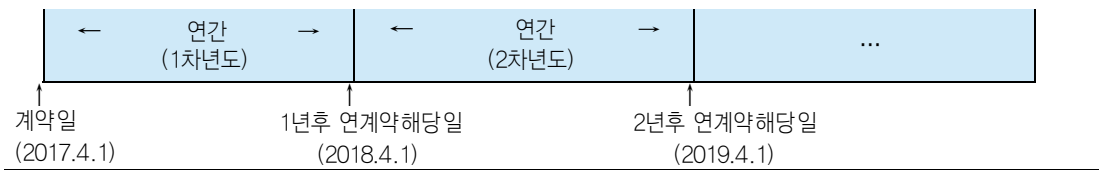
㉘ 제5항, 제6항 및 제7항의 경우 해당 조항의 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

㉙ 제3항, 제5항 및 제6항의 “연간”이란 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 연계약해당일 전일까지의 기간을 의미하며, 보장한도 산정의 기준일자는 영구치 발치일로 합니다.

설명	<p><제4조 제11항 보장한도 산정 예시></p> <p>2017년 4월 1일에 특약을 체결한 피보험자가 최초계약의 보철치료보장개시일 이후에 영구치 1개에 치아 우식증(충치)을 진단 받고, 해당 영구치에 대하여 2018년 3월 27일에 발치한 후 2018년 4월 3일에 임플란트치료를 한 경우, 해당 임플란트치료에 대한 재식립임플란트치료는 1차년도 연간(2017.4.1 ~ 2018.3.31) 보장한도에 산정되며, 2차년도 연간(2018.4.1 ~ 2019.3.31) 보장한도에는 산정되지 않습니다.</p>
-----------	--

<연간 계산 예시>

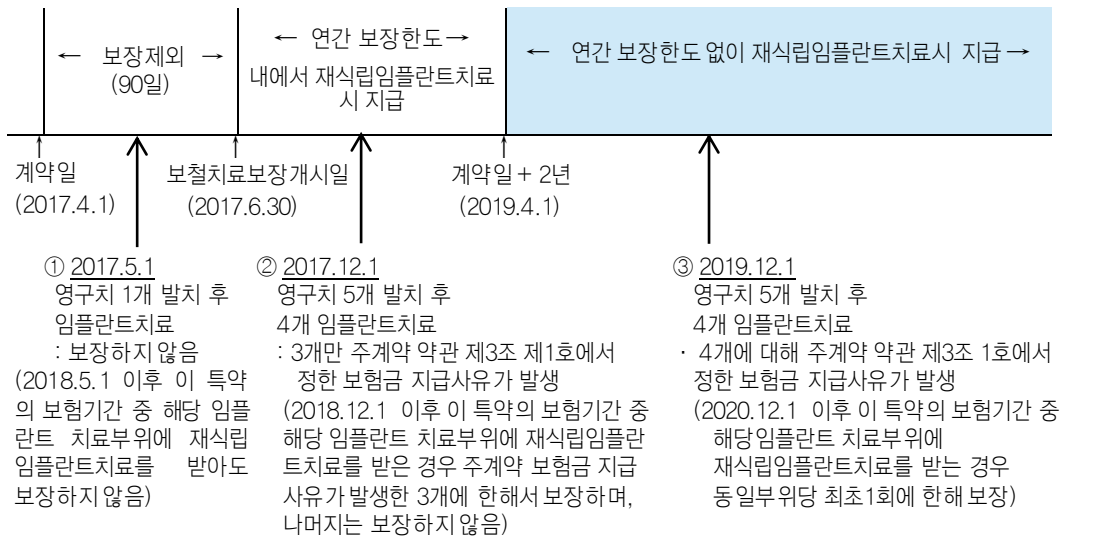
※ 계약일: 2017년 4월 1일



<보험금 지급 예시>

※ 계약일: 2017년 4월 1일(최초계약)

(사례) 재식립임플란트치료 [치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치 발치시]



(주) 상기 보험금 지급 예시는 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 진단확정일과 영구치 발치 및 임플란트치료(단, 재식립 임플란트치료 제외) 시점이 동일함을 가정한 예시입니다.

- ② 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조 [보험금의 청구]

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 진료기록부 등)

3. 임플란트치료 및 재식립임플란트치료 관련 증명서

가. 아래 내용이 포함된 임플란트치료 확인서(회사양식) 및 치과진료기록

(1) 발치한 영구치의 명칭 및 위치 또는 치아번호

(2) 해당 영구치의 내원 당시의 상태

(3) 직접적인 발치 원인(임플란트치료의 경우 발치 원인, 재식립임플란트치료의 경우 임플란트 제거원인)

(4) 치과 내원일, 영구치 발치 필요 진단확정일, 발치일자, 임플란트 치료종료(예정)일, 재식립임플란트치료 필요 진단확정일, 재식립임플란트 치료종료(예정)일

(5) 진단명 및 진단명에 해당하는 한국표준질병·사인분류번호

나. 영구치 발치 전후 및 임플란트치료 전후의 X-ray 사진

다. 회사가 상기 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하여 추가로 요청하는 구강 내 사진 또는 이에 준하는 판독 자료

4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에서 정한 사고증명서 및 보철치료 관련 증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원(임플란트치료 및 재식립임플란트치료 관련증명서의 경우 치과병원이나 치과의원) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 [보험금의 지급절차]

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표 5(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)와 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기

2. 분쟁조정신청(다만, 대상기관은 금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)

3. 수사기관의 조사

4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사

5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제13항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 이를 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다. 다만, 진단특약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
 3. 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때. 단, 진단특약의 경우 질병에 대하여는 보장 개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 1년이 지났을 때
 4. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 5. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 6. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
- 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(특약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)특약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)특약을 최초계약으로 봅니다].

제12조 [사기에 의한 계약]

① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사행에 의하여 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 여기서 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, '감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액'입니다. 이하, 같습니다.

제4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(講約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 「평균공시이율 +1%」를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 최초계약의 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장

이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제13조의3 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우

2. 주계약이 갱신행보침인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑥ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 계약자적립액이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑦ 제6항의 계약자적립액은 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제22조(해약환급금)에서 정한 해약환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제14조 [특약의 무효]

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
 - 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
 - 이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
 - 3. 이 특약의 피보험자의 영구치가 모두 상실되고 상실된 부위에 대한 재식립임플란트치료를 동일부위당 1회이상 받아 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
 - 이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 소멸 사유 발생 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 제2호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제2호 및 제3호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제7조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5 관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제18조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- ① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ② 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다. 여기서, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

⑤ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

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

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

1. 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)
2. 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 보철치료보장개시일은 제2조의 10(특약의 보장개시일)에서 정한 보철치료보장개시일로 합니다.

⑤ 제1항에서 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약 및 이전의 모든 부활(효력회복)을 청약할 때 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조의2 [위법계약의 해지]

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 특약체결에 대한 회사의 범위반 사항이 있는 경우 특약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 「금융소비자보호에 관한 법률 시행령」 제38조제4항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제22조(해약환급금) 제3항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험수익자가 2명 이상인 경우, 제1항 제1호에서 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자 외에 다른 수익자에게는 그 수익자 몫에 해당하는 보험금의 일부를 지급하고, 계약자에게는 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자가 받을 수 있었던 보험금에 해당하는 해약환급금을 지급합니다.

제22조 [해약환급금]

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제20조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

보험금 지급기준표

회사는 보험기간 중 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 재식립임플란트보철치료보험금(약관 제3조)

지급사유	피보험자가 최초계약의 보철치료보장개시일 이후에 「제2조의7(보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인)에서 정한 보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인으로 영구치를 발치하고, 해당 영구치를 발치한 부위에 임플란트치료를 받아 주계약 약관 제3조 제1호에서 정한 영구치보철치료보험금 지급사유가 발생하고, 해당 영구치의 임플란트 치료일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 다음 날 이후에 이 특약의 보험기간 중 해당 임플란트를 제거하고 동일 부위에 재식립임플란트치료를 받은 경우」		
지급금액	(기준: 특약보험가입금액)		
	◇ 최초계약의 계약일부터 2년 초과		
	구분	지급금액	보장한도
	재식립임플란트치료	5% (재식립임플란트 1개당 지급하며, 동일부위당 최초1회에 한함)	한도 없음
	◇ 최초계약의 계약일부터 2년 이내		
	구분	지급금액	보장한도
	재식립임플란트치료	5% (재식립임플란트 1개당 지급하며, 동일부위당 최초1회에 한함)	연간 3개 (연간 발치한 영구치 개수 기준)
	(주) 갱신계약의 지급금액 및 보장한도는 “최초계약의 계약일부터 2년 초과”시와 동일하게 적용합니다.		

- (주) 1. 이 특약의 보철치료보장개시일은 최초계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보철치료를 받은 경우의 보철치료보장개시일은 최초계약일[부활(효력회복)일]과 동일합니다.
2. (주)1에도 불구하고 갱신계약의 보철치료보장개시일은 갱신일로 합니다. 또한 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 보철치료보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보철치료를 받은 경우 보철치료보장개시일은 부활(효력회복)일과 동일합니다.
3. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 2년 이내란 최초계약의 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
4. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 연계약해당일 전일까지의 기간을 의미하며, 보장한도 산정의 기준일자는 영구치 발치일로 합니다.
5. 상기 보험금 지급기준표의 보장한도 내에서 주계약 약관 제3조 제1호에서 정한 영구치보철치료보험금 지급사유가 발생한 임플란트에 한하여, 해당 임플란트를 제거한 동일 부위 당 최초 1회를 한도로 지급하며, 이미 재식립임플란트보철치료보험금 지급사유가 발생한 부위에 다시 재식립임플란트치료를 받은 경우에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
6. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 “임플란트 치료일”은 임플란트의 본체인 인공치근(Fixture)을 식립한 날을 말하며, “해당 임플란트를 제거하고 동일 부위에 재식립임플란트치료를 받은 경우”는 해당 임플란트를 제거한 날이 아닌 재식립임플란트치료를 받은 날을 기준으로 합니다.

치아우식증(충치) 분류표

① 약관에 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 치아우식	K02
· 치수 및 근단주위조직의 질환	K04

(※) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p>
-----------	--

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p>
-----------	--

치주질환(잇몸질환) 분류표

① 약관에 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 치은염(잇몸염) 및 치주질환(잇몸질환)	K05

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p>
-----------	--

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p>
-----------	---

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급 감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉 노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - '법적 개입' 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ '외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)' 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고 [단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장]
- ④ '자연의 힘에 노출(X30~X39)' 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ '우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)' 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. 위 () 안의 내용은 제 8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 발생(진단) 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 있었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」가 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다. 반대로 피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」인 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 봅니다.
-----------	---

2. 발생(진단) 시점에 상기 “1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부가 확인된 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 재해의 분류가 추가 또는 제외되더라도 상기 “1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었던 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 「재해」로 볼 수 있어 「재해 발생(진단)」 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다.
-----------	---

3. 위 「1. 재해의 정의 ㉔」에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, 「2. 재해에 해당되지 않는 사항 ㉕」에 해당되더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산

구 분	적립 기간	적립 이율
재식립임플란트 보철치료보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 지급이자도 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 적용됩니다.
 2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 3. 가산이율 적용 시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

재해치아파절진단특약 D10(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “10”은 “갱신주기 10년”을 의미합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 [용어의 정의]

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자: 회사와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권: 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 진단특약: 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.
- 마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해: (별표1) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 최초계약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.
- 다. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어

- 가. 최초계약: 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제13조의3(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지

가 10년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“치아파절”의 정의]

이 특약에서 “치아파절”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[치아파절 분류표]에서 정한 골절을 말합니다.

제2조의4 [특약의 보장개시일]

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

제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

- ① 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 재해로 인하여 “치아파절” 상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 특약보험가입금액의 1%를 “재해치아파절진단보험금”으로 지급합니다. (단, 보험연도 기준 연3회에 한합니다)
- ② 제1항의 “보험연도”는 당해연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매 1년 단위의 연도를 말하며, 이 때, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

설명	<보험연도 계산 예시> 보험계약일이 2018년 4월 1일인 경우 보험연도는 4월 1일부터 차년도 3월 31일까지 1년이 됩니다.
-----------	---

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 회사는 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 “재해치아파절진단보험금”을 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 동일한 재해로 2가지 이상의 “치아파절”이 발생한 경우에는 1회에 한하여 “재해치아파절진단보험금”을 지급합니다.
- ⑤ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑥ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조 [보험금의 청구]

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서[사망진단서, 골절진단서 등]
 - 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항에서 정한 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 [보험금의 지급절차]

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표 3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 - 1. 소송제기
 - 2. 분쟁조정신청(다만, 대상기관은 금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
 - 3. 수사기관의 조사
 - 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 - 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 - 6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인일이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 이를 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다. 다만, 진단특약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
3. 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때. 단, 진단특약의 경우 질병에 대하여는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 1년이 지났을 때
4. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
5. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
6. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(특약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)특약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)특약을 최초계약으로 봅니다].

제12조 [사기에 의한 계약]

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 여기서 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, '감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액'입니다. 이하 같습니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(講約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 「평균공시이율+1%」를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 최초계약의 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

제13조의3 [특약의 갱신]

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 만료일

이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 계약자적립액이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 계약자적립액은 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 "산출방법서" 라 합니다)에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제22조(해약환급금)에서 정한 해약환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제14조 [특약의 무효]

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견 하였을 때 이미 특약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자의 치아가 모두 상실되어 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 소멸 사유 발생 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 제2호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.

- ③ 제1항 제2호 및 제3호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제7조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.

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

- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제18조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- ① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

- ② 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

- ③ 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다. 여기서, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

- ④ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은

것을 확인한 경우에는 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑤ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

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

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

1. 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)
2. 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)

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

⑤ 제1항에서 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약 및 이전의 모든 부활(효력회복)을 청약할 때 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조의2 [위법계약의 해지]

① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 특약체결에 대한 회사의 법위반 사항이 있는 경우 특약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 「금융소비자보호에 관한 법률 시행령」 제38조제4항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제22조(해약환급금) 제3항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험수익자가 2명 이상인 경우, 제1항 제1호에서 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자 외에 다른 수익자에게는 그 수익자 몫에 해당하는 보험금의 일부를 지급하고, 계약자에게는 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자가 받을 수 있었던 보험금에 해당하는 해약환급금을 지급합니다.

제22조 [해약환급금]

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제20조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항

제23조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

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

2. 재해에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉 노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - 법적 개입 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ ‘외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)’ 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고 [단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장]
- ④ ‘자연의 힘에 노출(X30~X39)’ 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ ‘우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)’ 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. 위 () 안의 내용은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 발생(진단) 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 있었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」가 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다. 반대로 피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」인 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 봅니다.
-----------	---

- 2. 발생(진단) 시점에 상기 “1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부가 확인된 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 재해의 분류가 추가 또는 제외되더라도 상기 “1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다면, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 「재해」로 볼 수 있어 「재해 발생(진단)」 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다.
-----------	---

3. 위 「1. 재해의 정의 ㉔」에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, 「2. 재해에 해당되지 않는 사항 ㉕」에 해당되더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

치아파절 분류표

① 약관에 규정하는 "치아파절"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 골절을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

분류 항목	분류번호
- 치아의 파절	S02.5

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "치아파절"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "치아파절"로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "치아파절"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "치아파절"로 보지 않습니다.
반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "치아파절"로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "치아파절"인 경우에는 약관에서 규정하는 "치아파절"로 봅니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "치아파절" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "치아파절" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명 진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "치아파절"로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "치아파절"로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "치아파절"로 보지 않습니다.

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적립 기간	적립 이율
재해치아파절진단보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 지급이자도 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 적용됩니다.
 2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 3. 가산이율 적용 시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

크라운치료추가보장특약 D10(갱신형, 무배당) 약관

※ 상품명칭의 “10”은 “갱신주기 10년”을 의미합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 [용어의 정의]

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자: 회사와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권: 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 진단특약: 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.
- 마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해: (별표4) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 최초계약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.
- 다. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
- 다. 연계약해당일: 계약일부터 1년마다 돌아오는 매년의 계약해당일을 말합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 연계약해당일로 합니다.

설명

〈해당 연도의 계약해당일이 없는 경우 예시〉

계약일이 2020년 2월 29일인 경우 차년도 연계약해당일은 2021년 2월 28일입니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어

- 가. 최초계약: 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제13조의3(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 10년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“유치”의 정의]

이 특약에서 “유치”라 함은 젓먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아(젓니)를 말합니다.

제2조의4 [“영구치”의 정의]

이 특약에서 “영구치”라 함은 유치가 빠진 후 나는 자연치아[간니 또는 성치(成齒)]를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치[치식(齒式)]에 맞지 않고 여분으로 난 치아 및 선천적 기형 치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.

제2조의5 [“치아”의 정의]

이 특약에서 “치아(齒牙)”라 함은 “유치”와 “영구치”를 말합니다.

제2조의6 [“치아우식증(충치)”, “치주질환(잇몸질환)”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에서 “치아우식증(충치)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[치아우식증(충치) 분류표]에 해당하는 것으로 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “치주질환(잇몸질환)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3[치주질환(잇몸질환) 분류표]에 해당하는 것으로 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분되며, 염증 반응이 치은 조직에만 국한되었을 경우에는 치은(잇몸)염이라고 하고, 치은(잇몸)염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라고 합니다.
- ③ “치아우식증(충치)” 또는 “치주질환(잇몸질환)”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 치과병원이나 치과의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 치과의사 면허를 가진 자(이하 “치과의사”라 합니다)에 의합니다.

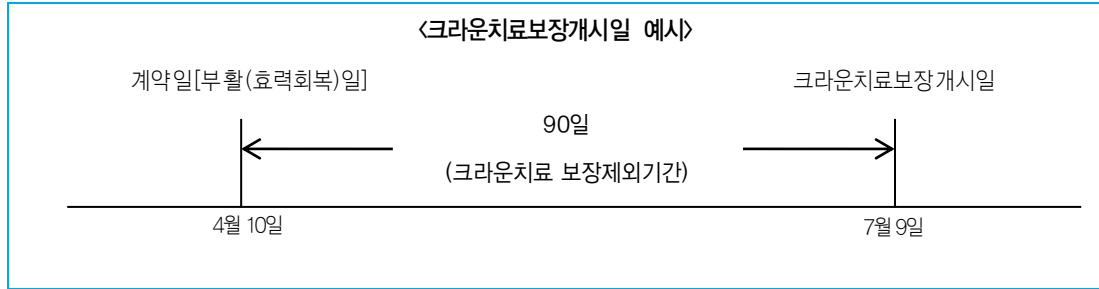
제2조의7 [“크라운치료”의 정의]

이 특약에서 “크라운치료”라 함은 치관장착(Crown) 치료를 말하며, 치아에 손상이 생겨 삭제량이 많은 경우 또는 신경 치료로 인해 치아의 강도가 약해질 것이 예상되는 경우 치과의사에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병원이나 치과의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 해당 치아의 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료를 말합니다.

제2조의8 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2조의7(“크라운치료”의 정의)에서 정한 크라운치료의 보장개시일은 최초계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 “크라운치료보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만 다음 각 호 중 어느 하나에 해당하는 경우 크라운치료보장개시일은 최초계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 동일합니다.
 - 1. 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 크라운치료를 받은 경우
 - 2. 특약을 체결할 때 특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일 현재 피보험자가 3세 미만인 경우
- ③ 제 2항에도 불구하고 갱신계약의 크라운치료보장개시일은 갱신일로 합니다. 또한 갱신계약에서 부활(효력회복)하

는 경우의 크라운치료보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 크라운치료를 받은 경우 크라운치료보장개시일은 부활(효력회복)일과 동일합니다.



제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급 기준표” 참조)을 크라운치료보험금으로 지급합니다. 단, 지급기준 및 보장한도 등은 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 (별표1) 보험금 지급기준표를 따릅니다.

1. 피보험자가 최초계약의 크라운치료보장개시일 이후에 치아에 대하여 ‘치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)’으로 진단 확정 받고, 이 특약의 보험기간 중 해당 치아에 대하여 최초로 크라운치료를 받은 경우
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 해당 치아에 대하여 최초로 크라운 치료를 받은 경우

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

③ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 다음 각 호 중 어느 하나에 해당하는 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 「최초계약의 크라운치료보장개시일 전일 이전에 “치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)”을 진단 확정 받은 치아에 대하여 크라운치료를 받은 경우
2. 최초계약의 계약일 전에 발생한 재해를 직접적인 원인으로 크라운치료를 받은 경우
3. 「치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 진단확정일」이 확실하지 않거나 알 수 없는 경우
4. 「치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해」 이외의 원인(치아교모증, 치경부 마모증, 치열교정 준비 등)으로 크라운치료를 받은 경우
5. 이미 크라운치료를 받은 부위에 대하여 새로운 「치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해」에 기인하지 않는 수리, 복구, 대체 및 치료를 받은 경우
6. 치아성형(Odontoplasty) 또는 라미네이트(Laminate, bonded porcelain restoration in the anterior dentition) 등 미용 목적의 치료
7. 다른 치과치료를 위하여 임시 크라운치료를 받은 경우

④ 제3조(보험금의 지급사유)에서 “최초”라 함은, 보험기간 중 최초계약의 크라운치료보장개시일 이후에 「새롭게 진단 확정받은 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)」 또는 보험기간 중 새롭게 발생한 재해를 직접적인 원인으로 처

음으로 크라운치료를 받은 것을 의미하며, 첫번째 크라운치료 이후에 이미 크라운치료를 받은 원인과 동일한 원인으로 크라운치료를 받은 경우는 보험금을 지급하지 않습니다.

설명	<p><제4조 제4항 예시></p> <p>피보험자가 최초계약의 크라운치료보장개시일 이후에 상악 어금니(영구치) 1개에 치아우식증(충치)이 발생하여 보험기간 중 최초로 해당 영구치에 크라운치료를 받고 보험금을 지급 받았으나, 새로운 「치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 진단 확정」 또는 새로운 재해의 발생 없이 동일한 영구치에 다시 크라운치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.</p>
-----------	--

⑤ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 이미 크라운치료를 받은 치아에 대하여 보험기간 중 최초계약의 크라운치료보장개시일 이후에 「새롭게 진단 확정받은 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)」 또는 보험기간 중 새롭게 발생한 재해를 직접적인 원인으로 새로이 크라운치료를 받은 경우에도 해당 보험금을 지급합니다.

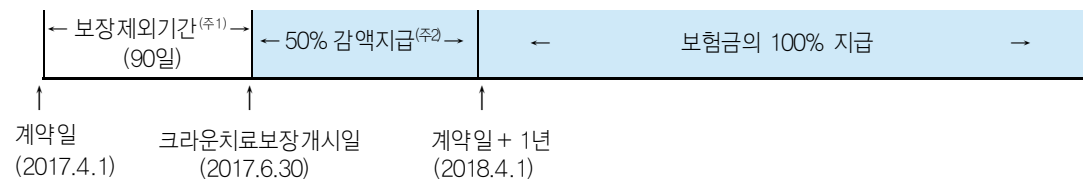
⑥ 피보험자에게 최초계약의 크라운치료보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 이내에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다. 단, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금의 100%를 지급합니다.

⑦ 제6항의 보험금 감액지급과 관련한 사항은 크라운치료를 치료시작일을 기준으로 계산합니다.

<보장개시일 및 보험금 감액 지급 예시>

※ 계약일: 2017년 4월 1일(최초계약)

※ 치료시작일을 기준으로 적용



(주) 1. 「보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 크라운치료를 받은 경우」 또는 「특약을 체결할 때[부활(효력회복)일 현재] 피보험자가 3세 미만인 경우」에는 계약일[부활(효력회복)일]부터 보장합니다.

2. 「보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금의 100%를 지급합니다.

⑧ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 「유치 3개 및 영구치3개」를 보장한도로 크라운치료보험금을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 보험기간 중 최초계약의 크라운치료보장개시일 이후 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 크라운치료가 필요하다는 진단을 받았으나 치과의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 만료 후 치료를 계속하는 경우, 보험기간 만료 후 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일) 이내의 치료는 보험기간이 만료된 날의 전일이 속한 보험연도의 연간 보장한도 내에서 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

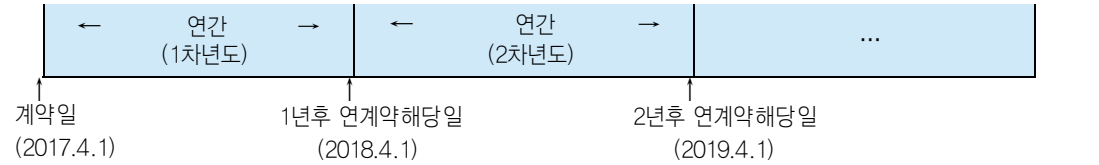
용어 해설	<p><보험연도></p> <p>당해연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어, 보험계약일이 2014년 8월 15일인 경우 보험연도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년이 됩니다.</p>
------------------	---

⑩ 제8항 및 제9항의 “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 연계약해당일 전일까지의 기간을 의미하며, 보장한도 산정의 기준일자는 크라운치료를 치료시작일로 합니다.

설명	<p><제4조 제10항 보장한도 산정 예시></p> <p>2017년 4월 1일에 특약을 체결한 피보험자가 보험기간 중 최초계약의 크라운치료보장개시일 이후에 영구 치 1개에 치아우식증(충치)을 진단 받고, 해당 영구치에 대하여 2018년 3월 27일에 크라운 치료를 시작하여 2018년 4월 3일에 치료가 종료된 경우, 해당 크라운 치료는 1차년도 연간(2017.4.1 ~ 2018.3.31) 보장한도에 산정되며, 2차년도 연간(2018.4.1 ~ 2019.3.31) 보장한도에는 산정되지 않습니다.</p>
-----------	---

<연간 계산 예시>

※ 계약일: 2017년 4월 1일



- ① 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
 - 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조 [보험금의 청구]

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서[사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 진료기록부 등]
 3. 크라운치료 관련 증명서
 - 가. 아래 내용이 포함된 크라운치료 확인서(회사양식) 및 치과진료기록
 - (1) 치료한 치아의 명칭 및 위치 또는 치아번호
 - (2) 해당 치아의 내원 당시의 치아상태
 - (3) 직접적인 크라운치료 원인
 - (4) 치과 내원일, 진단확정일, 치료시작일 및 치료종료(예정)일
 - (5) 진단명 및 진단명에 해당하는 한국표준질병·사인분류번호
 - 나. 회사가 상기 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하여 추가로 요청하는 구강 내 사진 또는 이에 준하는 판독 자료
 4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에서 정한 사고증명서 및 크라운치료 관련 증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원(크라운치료관련증명서의 경우 치과병원이나 치과의원) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것 이어야 합니다.

제7조 [보험금의 지급절차]

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표 5(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)와 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청(다만, 대상기관은 금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유와 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제12항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 이를 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지 의무”와 같습니다. 다만, 진단특약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
3. 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때. 단, 진단특약의 경우 질병에 대하여는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 1년이 지났을 때
4. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
5. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
6. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(특약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)특약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)특약을 최초계약으로 봅니다].

제12조 [사기에 의한 계약]

① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 여기서 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, '감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액'입니다. 이하,

같습니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 「평균공시이율+1%」를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다도 최초계약의 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

제13조의3 [특약의 갱신]

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 계약자적립액이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 계약자적립액은 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 "산출방법서" 라 합니다)에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제22조(해약환급금)에서 정한 해약환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제14조 [특약의 무효]

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자의 치아가 모두 상실되어 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 소멸 사유 발생 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제2호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망

연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항 제2호 및 제3호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제7조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제18조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- ① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ② 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다. 여기서, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ④ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

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

- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
 - 1. 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)
 - 2. 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 크라운치료보장개시일은 제2조의 8(특약의 보장개시일)에서 정한 크라운치료보장개시일로 합니다.
- ⑤ 제1항에서 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약 및 이전의 모든 부활(효력회복)을 청약할 때 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조의2 [위법계약의 해지]

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 특약체결에 대한 회사의 범위반 사항이 있는 경우 특약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 「금융소비자보호에 관한 법률 시행령」 제38조제4항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제22조(해약환급금) 제3항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 - 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험수익자가 2명 이상인 경우, 제1항 제1호에서 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자 외에 다른 수익자에게는 그 수익자 몫에 해당하는 보험금의 일부를 지급하고, 계약자에게는 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자가 받을 수 있었던 보험금에 해당하는 해약환급금을 지급합니다.

제22조 [해약환급금]

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제20조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항

제23조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

보험금 지급기준표

회사는 보험기간 중 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 크라운치료보험금(약관 제3조)

지급사유	피보험자가 「최초계약의 크라운치료보장개시일 이후에 치아에 대하여 '치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)' 으로 진단 확정 받고, 이 특약의 보험기간 중 해당 치아에 대하여 최초로 크라운치료를 받은 경우" 또는 "이 특약의 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 해당 치아에 대하여 최초로 크라운 치료를 받은 경우"」 (치료한 치아 1개당 지급)		
지급금액	(기준: 특약보험가입금액)		
	구분	지급금액	보장한도
	최초계약의 계약일부 1년 초과	0.5%	연간 「유치 3개 및 영구치 3개」
최초계약의 계약일부 1년 이내	0.25%		
(주) 1. 최초계약의 계약일부 1년 이내에 「보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우」에는 “최초계약의 계약일부 1년 초과” 시와 동일하게 적용합니다. 2. 갱신계약의 지급금액 및 보장한도는 “최초계약의 계약일부 1년 초과” 시와 동일하게 적용합니다.			

- (주) 1. 이 특약의 크라운치료보장개시일은 최초계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 「보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 크라운 치료를 받은 경우」 또는 「계약을 체결할 때[부활(효력회복)일 현재] 피보험자가 3세 미만인 경우」의 크라운치료 보장개시일은 최초계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 동일합니다.
2. (주)1에도 불구하고 갱신계약의 크라운치료보장개시일은 갱신일로 합니다. 또한 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 크라운치료보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 크라운치료를 받은 경우 크라운치료보장개시일은 부활(효력회복)일과 동일합니다.
3. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 “최초”란, 보험기간 중 최초계약의 크라운치료보장개시일 이후에 「새롭게 진단 확정받은 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)」 또는 보험기간 중 새롭게 발생한 재해를 직접적인 원인으로 처음으로 크라운치료를 받은 것을 의미하며, 첫번째 크라운치료 이후에 이미 크라운치료를 받은 원인과 동일한 원인으로 크라운치료를 받은 경우는 보험금을 지급하지 않습니다.
3. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부 1년 이내란 최초계약의 계약일부 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
4. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부 1년 이내의 보험금 금액과 관련한 사항은 크라운치료의 치료시작일을 기준으로 계산합니다.
5. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 “연간”이란 계약일부 1년 단위로 도래하는 연계약해당일 전일까지의 기간을 의미하며, 보장한도 산정의 기준일자는 크라운치료의 치료시작일로 합니다.

치아우식증(충치) 분류표

① 약관에 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 치아우식	K02
· 치수 및 근단주위조직의 질환	K04

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p>
-----------	--

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p>
-----------	--

치주질환(잇몸질환) 분류표

① 약관에 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 치은염(잇몸염) 및 치주질환(잇몸질환)	K05

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 봅니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명 진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급 감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - '법적 개입 중 법적 처형'(Y35.5)
- ③ '외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)' 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고 [단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장]
- ④ '자연의 힘에 노출(X30~X39)' 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ '우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)' 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

㉞ 1. 위 () 안의 내용은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)상의 분류 번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 발생(진단) 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 있었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」가 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다. 반대로 피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」인 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 봅니다.

2. 발생(진단) 시점에 상기 “1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부가 확인된 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 재해의 분류가 추가 또는 제외되더라도 상기 “1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다면, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 「재해」로 볼 수 있어 「재해 발생(진단)」 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다.

3. 위 「1. 재해의 정의 ②」에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, 「2. 재해에 해당되지 않는 사항 ㉔」에 해당되더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산

구 분	적립기간	적립 이율
크라운치료보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 지급이자도 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 적용됩니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 3. 가산이율 적용 시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

특정얼굴수술보장특약 D5(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “5”는 “갱신주기 5년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

· 연계약해당일 : 계약일부터 1년마다 돌아오는 매년의 계약해당일을 말합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 연계약해당일로 합니다.

설명	<p>〈해당 연도의 계약해당일이 없는 경우 예시〉</p> <p>계약일이 2020년 2월 29일인 경우 차년도 연계약해당일은 2021년 2월 28일입니다.</p>
-----------	---

제2-1조의2 [특약의 보험기간]

① 이 특약의 보험기간은 5년 만기 갱신으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 5년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의3 [“특정안과질환”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “특정안과질환”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표2[안과질환(녹내장,황반변성질환,당뇨병성망막질환 제외) 분류표]에서 정한 질병을 말합니다.

② “특정안과질환”의 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 진단에 의합니다.

제2-1조의4 [“특정후각질환”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “특정후각질환”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표3(특정후각질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② “특정후각질환”의 진단 확정은 의사에 의한 진단에 의합니다.

제2-1조의5 [“특정청각질환”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “특정청각질환”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표4(특정청각질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “특정청각질환”의 진단 확정은 의사에 의한 진단에 의합니다.

제2-1조의6 [“특정외모상해”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “특정외모상해”라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표5(특정외모상해 분류표)에서 정한 항목을 말합니다.
- ② “특정외모상해”의 진단 확정은 의사에 의한 진단에 의합니다.

제2-1조의7 [“수술”의 정의와 장소]

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사가 피보험자의 “특정안과질환”, “특정후각질환”, “특정청각질환” 및 “특정외모상해”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 수술하는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 수술이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 포함됩니다. 또한, 특정안과질환의 경우에는 레이저(Laser)수술도 포함됩니다.

용어	< 절단(切斷) >
해설	특정부위를 잘라 내는 것
	< 절제(切除) >
	특정부위를 잘라 없애는 것
	< 신의료기술평가위원회 >
	의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 아래에서 정한 사항은 수술에서 제외됩니다.

1. 흡인, 천자 등의 조치
2. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
3. 미용 성형상의 수술
4. 피임(避妊) 목적의 수술
5. 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등]
6. 발정술(拔釘術)등 내고정물 제거술

용어	< 흡인(吸引) >
해설	주사기 등으로 빨아 들이는 것
	< 천자(穿刺) >
	비늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제2-1조의8 [특약의 보장개시일]

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

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급 기준표” 참조)을 지급합니다(단, 각각 연간 최초 1회에 한하여 지급합니다).

1. 피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “특정안과질환”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “특정안과질환”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우: 특정안과질환수술보험금
2. 피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “특정후각질환”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “특정후각질환”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우: 특정후각질환수술보험금
3. 피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “특정청각질환”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “특정청각질환”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우: 특정청각질환수술보험금
4. 피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 발생한 재해를 직접적인 원인으로 “특정외모상해”로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “특정외모상해”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우: 특정외모상해수술보험금

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 다음 각 호에서 정한 수술을 받은 경우에는 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1호의 특정안과질환수술보험금을 지급하지 않습니다.

1. 녹내장, 황반변성질환, 당뇨병성망막질환으로 인한 수술
2. 맥립종, 콩다래끼로 인한 수술
3. 선천성 질병, 재해로 인한 수술
4. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 사시교정, 안와격리증의 교정 등의 수술로서 시력개선목적이 아닌 외모개선목적인 경우
5. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술인 경우

② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 동시에 2개 이상의 부위에 제2-2조(보험금의 지급사유) 각 호에서 정한 수술 중 동일한 수술을 받은 경우에는 해당 수술을 1회의 수술로 간주하며 제2-2조(보험금의 지급사유)의 해당 수술보험금을 1회만 지급합니다.

③ 제 2-2 조(보험금의 지급사유)의 “연간”이란 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 연계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.



④ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “해당 질병 진단서(병명기입, 골절시 골절 부위 기입), 수술증명서, 진료기록부, 사망진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개

월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, “최대 80세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, “최대 100세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제2항에서 “주계약의 보험기간”이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다
- ④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 “산출방법서” 라 합니다)에서 정한 바에 따라 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 계약자적립액이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 계약자적립액은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해약환급금)에서 정한 해약환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
- ⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다

설명	<p>〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉</p> <p>주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해약환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.</p>
-----------	---

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제2호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나고 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 계약자적립액 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해약환급금]

① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

보험금 지급기준표**(1) 특정안과질환수술보험금(약관 제2-2조 제1호)**

지급사유	피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “특정안과질환”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “특정안과질환”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 (단, 연간 최초1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 2%

(2) 특정후각질환수술보험금(약관 제2-2조 제2호)

지급사유	피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “특정후각질환”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “특정후각질환”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 (단, 연간 최초 1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 2%

(3) 특정청각질환수술보험금(약관 제2-2조 제3호)

지급사유	피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “특정청각질환”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “특정청각질환”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 (단, 연간 최초 1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 2%

(4) 특정외모상해수술보험금(약관 제2-2조 제4호)

지급사유	피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 발생한 재해를 직접적인 원인으로 “특정외모상해”로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “특정외모상해”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 (단, 연간 최초 1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 3%

안과질환(녹내장,황반변성질환,당뇨병성망막질환 제외) 분류표

① 약관에 규정하는 “특정안과질환으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상질환 및 분류번호

1. 한국표준질병·사인분류상의 H01~H59 에 해당하는 질병
2. 한국표준질병·사인분류상의 A00~G99, H60~P96, R00~R99에 해당하는 질병으로서 의사가 진단 및 수술한 눈 및 눈 부속기관의 질병

[눈 및 눈 부속기관의 정의]

눈(eye)은 크게 안구(eyeball)와 눈 부속기관(ocular adnexa)으로 나눌 수 있습니다. 안구(eyeball)는 바깥을 싸고 있는 외막, 중막, 내막 및 내부의 안 내용물로 구성되고, 눈 부속기관(ocular adnexa)은 안구 주위에 분포되어 있는 기관들로 안와(orbit), 눈꺼풀(안검, eyelid), 결막(conjunctiva), 눈물기관(lacrimal apparatus) 및 눈 주위 근육(외안근, extraocular muscle) 등으로 구성됩니다.

아래 3, 4 항목에 해당하는 경우는 보장대상에서 제외

3. 녹내장, 황반변성질환, 당뇨병성망막질환

- 녹내장 : H40, H42
- 황반변성질환 : H35.3(황반 및 후극부의 변성)
- 당뇨병성망막질환 : H36.0, E10.31~E10.33, E11.31~E11.33, E12.31~E12.33, E13.31~E13.33, E14.31~E14.33

4. 보험금을 지급하지 않는 안과질환

- 맥립종, 콩다래끼로 인한 수술
- 선천성 질병, 재해로 인한 수술
- 쌍꺼풀수술(이중검수술), 사시교정, 안와격리증의 교정 등의 수술로써 시력개선목적이 아닌 외모개선목적인 수술인 경우
- 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술인 경우

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “특정안과질환으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “특정안과질환으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “특정안과질환으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “특정안과질환으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “특정안과질환으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “특정안과질환으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “특정안과질환으로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p>
-----------	--

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “특정안과질환으로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “특정안과질환으로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “특정안과질환으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “특정안과질환으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “특정안과질환으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
-----------	--

특정후각질환 분류표

① 약관에 규정하는 “특정후각질환으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상질병명	분류번호
1. 혈관운동성 및 알레르기성 비염	J30
2. 만성 비염, 비인두염 및 인두염	J31
3. 만성 부비동염	J32
4. 코폴립	J33
5. 코 및 비동의 기타 장애	J34

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “특정후각질환으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “특정후각질환으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “특정후각질환으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “특정후각질환으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “특정후각질환으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “특정후각질환으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “특정후각질환으로 분류되는 질병”으로 봅니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “특정후각질환으로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “특정후각질환으로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명 진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “특정후각질환으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “특정후각질환으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “특정후각질환으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

특정청각질환 분류표

① 약관에 규정하는 “특정청각질환으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상질병명	분류번호
1. 외이의 질환	H60~H62
2. 중이 및 유도의 질환	H65~H75
3. 내이의 질환	H80~H83
4. 귀의 기타장애	H90~H95
5. 귀의 결핵	A18.6
6. 중이염이 합병된 홍역	B05.3

㉞ 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “특정청각질환으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “특정청각질환으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “특정청각질환으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “특정청각질환으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “특정청각질환으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “특정청각질환으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “특정청각질환으로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p>
-----------	--

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “특정청각질환으로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “특정청각질환으로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “특정청각질환으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “특정청각질환으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “특정청각질환으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p>
-----------	---

특정외모상해 분류표

① 약관에 규정하는 “특정외모상해로 분류되는 항목”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

분류 항목	분류번호
1. 머리의 손상	S00-S09
2. 목의 손상	S10-S19
3. 여러 신체부위를 침범한 표재성 손상 중	
- 목과 함께 머리를 침범한 표재성 손상	T00.0
- 기타 신체부위를 복합적으로 침범한 표재성 손상	T00.8
- 목과 함께 머리를 침범한 열린상처	T01.0
- 기타 신체부위를 복합적으로 침범한 열린상처	T01.8
- 목과 함께 머리를 침범한 골절	T02.0
- 기타 신체부위를 복합적으로 침범한 골절	T02.8
- 목과 함께 머리를 침범한 탈구, 염좌 및 긴장	T03.0
- 기타 신체부위를 복합적으로 침범한 탈구, 염좌 및 긴장	T03.8
- 목과 함께 머리를 침범한 으깬손상	T04.0
- 기타 신체부위를 복합적으로 침범한 으깬손상	T04.8
4. 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상) 중	
- 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
- 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
5. 동상 중	
- 머리의 표재성 동상	T33.0
- 목의 표재성 동상	T33.1
- 조직괴사를 동반한 머리의 동상	T34.0
- 조직괴사를 동반한 목의 동상	T34.1

- (주) 1. 기타 복합 신체부위에 관한 사항(T00.8, T01.8, T02.8, T03.8, T04.8)은 하나의 사고로 인한 재해로 특정부위(안면부 및 머리, 목)와 다른 부위의 상해가 중복 발생한 경우에 한합니다.
 2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “특정외모상해로 분류되는 항목”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “특정외모상해로 분류되는 항목”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “특정외모상해로 분류되는 항목”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “특정외모상해로 분류되는 항목”으로 보지 않습니다.
 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “특정외모상해로 분류되는 항목”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “특정외모상해로 분류되는 항목”인 경우에는 약관에서 규정하는 “특정외모상해로 분류되는 항목”으로 봅니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “특정외모상해로 분류되는 항목” 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “특정외모상해로 분류되는 항목” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “특정외모상해로 분류되는 항목”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “특정외모상해로 분류되는 항목”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “특정외모상해로 분류되는 항목”으로 보지 않습니다.
-----------	---

③ 분류번호 T02(여러 신체부위를 침범한 골절)의 경우, 상기 항목에 해당하는 골절이 발생한 경우에는 “특정외모상해”에 해당하는 것으로 봅니다.

특정임플란트치조골이식술치료보장특약D10(갱신형, 무배당) 약관

※ 상품명칭의 “10”은 “갱신주기 10년”을 의미합니다.

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 [용어의 정의]

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특약관계 관련 용어

- 가. 계약자: 회사와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권: 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 진단특약: 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.
- 마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해: (별표4) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았다더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입 금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 최초계약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr) 에서 확인할 수 있습니다.
- 다. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
- 다. 연계약해당일: 계약일부터 1년마다 돌아오는 매년의 계약해당일을 말합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 연계약해당일로 합니다.

설명

〈해당 연도의 계약해당일이 없는 경우 예시〉

계약일이 2020년 2월 29일인 경우 차년도 연계약해당일은 2021년 2월 28일입니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어

- 가. 최초계약: 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제13조의3(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 10년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“영구치”의 정의]

- ① 이 특약에서 “영구치”라 함은 유치가 빠진 후 나는 자연치아[간니 또는 성치(成齒)]를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치[치식(齒式)]에 맞지 않고 여분으로 난 치아] 및 선천적 기형 치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
- ② 제1항의 “유치”라 함은 젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아(젖니)를 말합니다.

제2조의4 [“치아우식증(충치)”, “치주질환(잇몸질환)”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에서 “치아우식증(충치)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[치아우식증(충치) 분류표]에 해당하는 것으로 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “치주질환(잇몸질환)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3[치주질환(잇몸질환) 분류표]에 해당하는 것으로 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분되며, 염증 반응이 치은 조직에만 국한되었을 경우에는 치은(잇몸)염이라고 하고, 치은(잇몸)염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 합니다.
- ③ “치아우식증(충치)” 또는 “치주질환(잇몸질환)”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 치과병원이나 치과의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 치과의사 면허를 가진 자(이하 “치과의사”라 합니다)에 의합니다.

제2조의5 [“보철치료”의 정의]

- ① 이 특약에서 “보철치료”라 함은 치과의사에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병원이나 치과의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 받는 “임플란트(Implant)치료”, “고정성가공의치(브릿지, Bridge)치료”, “가철성의치(틀니, Denture)치료”를 말합니다.
- ② “임플란트(Implant)치료”라 함은 점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 이물 성형재료를 매식한 후, 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.
- ③ “고정성가공의치(브릿지, Bridge)치료”라 함은 치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로, 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구접착 되는 인공 보철물을 장착하는 치료를 말합니다.
- ④ “가철성의치(틀니, Denture)치료”라 함은 영구치 및 그와 연관된 조직이 결손이 되었을 때 인공적으로 대체하는 보철물(국소의치, 총의치)을 장착하는 시술을 말합니다. 국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며 금관, 지대치 혹은 다른 고정성 가공의치(브릿지) 및 점막에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 영구치가 하나도 없는 환자에게 인공적인 방법과 수단으로 여러 가지 재료를 사용하여 제작하는 의치를 말하며 영구치 또는 인공치의 치열 전체, 보통 상실한 영구치와 주위 조직을 대신하는 인공 보철물을 말합니다.
- ⑤ 제2항 및 제3조(보험금 지급사유)의 경우 다음 각 호 중 어느 하나에 해당하는 때에는 약관에서 규정하는 “임플란트 치료”로 보지 않으며, 특정임플란트치조골이식술치료보험금도 지급하지 않습니다.
 - 1. 매복치(Embedded teeth) 및 매몰치(Impacted teeth) 또는 제3대구치(사랑니, Wisdom teeth)에 대하여 보철 치료를 받은 경우
 - 2. 치아성형(Odontoplasty) 또는 라미네이트(Laminate, bonded porcelain restoration in the anterior dentition) 등 미용 목적의 치료
 - 3. 다른 치과치료를 위하여 임시 보철치료를 받은 경우

4. 영구치 발치를 전제로 하지 않는 임플란트치료(선천적으로 영구치가 없는 경우에 임플란트치료를 받는 경우 포함)

제2조의6 [“영구치 발치”의 정의]

- ① 이 특약에 있어서 “영구치 발치”라 함은 치과의사가 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 “영구치 발치”에 대한 판단은 치과의사에 의합니다.

제2조의7 [보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인]

이 특약에서 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인은 보험기간 중 「제2조의10(특약의 보장개시일)에서 정한 최초계약의 특정임플란트치조골이식술치료보장개시일」 이후에 진단 확정된 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 영구치가 뿌리까지 손상되어 영구치의 전부 또는 일부라도 보존할 수 없다고 판단되어 영구치를 발치한 경우를 말합니다. 다만, 제2조의8(보장의 대상이 되지 않는 “영구치 발치”의 원인)에서 정한 원인으로 영구치를 발치한 경우는 제외합니다.

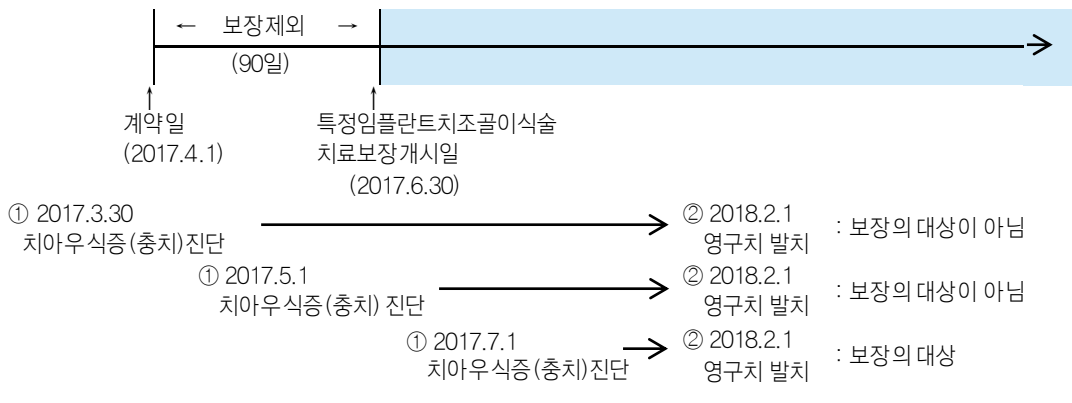
제2조의8 [보장의 대상이 되지 않는 “영구치 발치”의 원인]

이 특약에서 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유의 대상이 되지 않는 “영구치 발치”의 원인은 다음과 같습니다.

1. 제3대구치(사랑니)를 발치하는 경우
2. 의치보철준비
「치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해」가 발치의 직접적인 원인이 아니고, 치과치료를 위한 준비로서 영구치를 발치하는 경우
3. 치열교정준비 및 위치이상
부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발치하였거나 위치이상으로 심미적인 개선을 위해 발치하는 경우
4. 맹출장애
부분매복되거나, 완전매복되어 발치하는 경우
5. 「치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해」 이외의 기타 원인으로 발치하는 경우
6. 「제2조의10(특약의 보장개시일)에서 정한 최초계약의 특정임플란트치조골이식술치료보장개시일 전에 진단 확정된 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환)」 또는 「최초계약의 계약일 전에 발생한 재해」를 원인으로 보험기간 중 영구치를 발치한 경우

〈 “보장의 대상이 되는 영구치 발치” 및 “보장의 대상이 되지 않는 영구치 발치” 예시〉

※ 계약일: 2017년 4월 1일, 피보험자 가입나이 40세, 최초계약



제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 최초계약의 특정임플란트치조골이식술치료보장개시일 이후에 제2조의7(보장의 대상이 되는 "영구치 발치"의 원인)에서 정한 보장의 대상이 되는 "영구치 발치"의 원인으로 영구치를 발치하고, 이 특약의 보험기간 중 해당 영구치를 발치한 부위에 임플란트치료를 받기 위해 특정임플란트치조골이식술치료를 받은 경우 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 특정임플란트치조골이식술치료보험금으로 지급합니다. 단, 지급기준 및 보장한도 등은 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 (별표1) 보험금 지급기준표를 따릅니다.

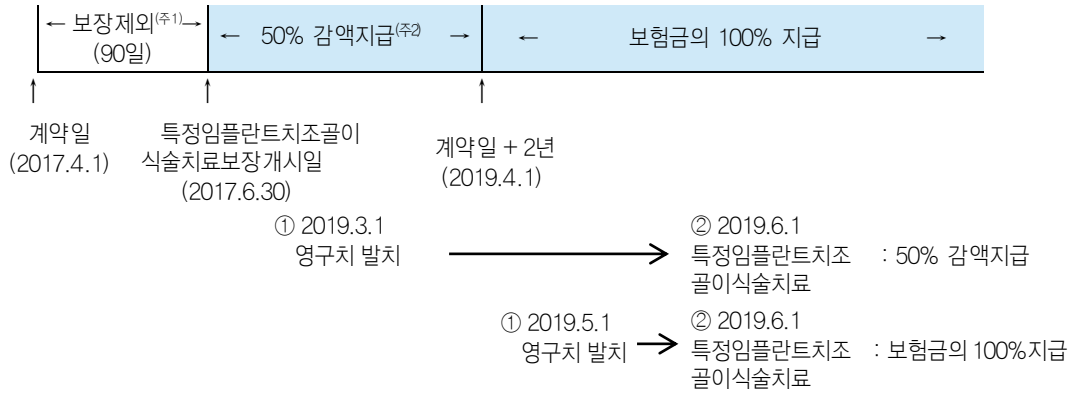
제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 다음 각 호 중 어느 하나에 해당하는 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 「최초계약의 특정임플란트치조골이식술치료보장개시일 전일 이전에 "치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)"을 진단 확정 받은 영구치」를 발치하고 특정임플란트치조골이식술치료를 받은 경우
 2. 「최초계약의 특정임플란트치조골이식술치료보장개시일 전일 이전에 발치한 영구치」에 대하여 특정임플란트치조골이식술치료를 받은 경우
 3. 최초계약의 계약일 전에 발생한 재해를 직접적인 원인으로 특정임플란트치조골이식술치료를 받거나 영구치 발치를 받은 경우
 4. 「치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 진단 확정일」 또는 「영구치 발치일」이 확실하지 않거나 알 수 없는 경우
 5. 「치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해」 이외의 원인(치아교모증, 치경부 마모증, 치열교정 준비 등)으로 특정임플란트치조골이식술치료를 받거나 영구치 발치를 받은 경우
 6. 이미 가철성의치(틀니)치료, 고정성가공의치(브릿지)치료, 임플란트치료를 받은 부위에 대하여 수리, 복구, 대체치료를 한 경우
 7. 라미네이트 등 미용 상의 치료
 8. 골분할술(Ridge split technique), 골신장술(Distracted osteogenesis) 등 제2조의9("특정임플란트치조골이식술치료"의 정의)에서 정하지 않은 시술
- ④ 피보험자에게 최초계약의 특정임플란트치조골이식술치료보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 2년 이내에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일부터 2년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 "계약일부터 2년 이내"란 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다. 단, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금의 100%를 지급합니다.
- ⑤ 제4항의 보험금 감액지급과 관련한 사항은 영구치 발치일을 기준으로 계산합니다.

〈보장개시일 및 보험금 감액 지급 예시〉

※ 계약일: 2017년 4월 1일(최초계약)

※ 영구치 발치일을 기준으로 적용



- (주) 1. 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 특정임플란트치조골이식술치료를 받은 경우에는 계약일(부활(효력회복)일)부터 보장합니다.
 2. 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금의 100%를 지급합니다.

◎ 제3조(보험금 지급사유)의 경우 다음을 연간 보장한도로 특정임플란트치조골이식술치료보험금을 지급합니다. 이때, 최초계약의 계약일부터 2년 이내의 연간 보장한도는 연간 발치한 영구치 개수 기준으로 산정하며, 연간 보장한도를 초과하여 발치한 영구치는 치료시기에 관계없이 보험금을 지급하지 않습니다. 또한, 최초계약의 계약일부터 2년이내란, 최초계약의 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.

구 분	최초계약의 계약일부터 경과기간	보장한도	비고
특정임플란트치조골이식술치료	2년 이내	연간 3개 (연간 발치한 영구치 개수 기준)	연간 보장한도를 초과하여 발치한 영구치는 치료시기에 관계없이 보험금을 지급하지 않음
	2년 초과 및 갱신계약	한도 없음	-

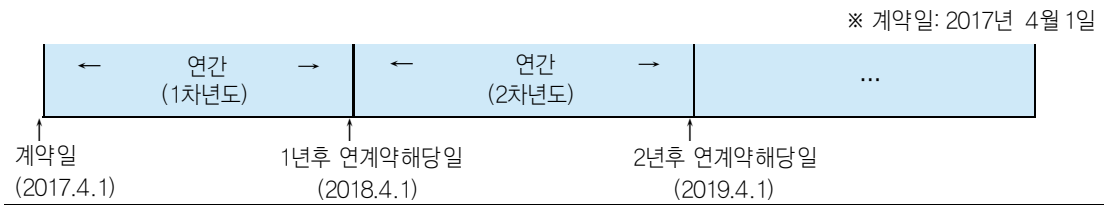
⑦ 피보험자가 보험기간 중 최초계약의 특정임플란트치조골이식술치료보장개시일 이후 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정임플란트치조골이식술치료가 필요하다는 진단을 받았으나 치과 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 만료 후 치료를 계속하는 경우, 보험기간 만료 후 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일) 이내의 치료는 보험기간이 만료된 날의 전일이 속한 보험연도의 연간 보장한도 내에서 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 이 경우 해당 사실을 입증 할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

용어	〈보험연도〉
해설	당해연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어, 보험계약일이 2014년 8월 15일인 경우 보험연도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년이 됩니다.

◎ 제6항 및 제7항의 “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 연계약해당일 전일까지의 기간을 의미하며, 보장 한도 산정의 기준일자는 영구치 발치일로 합니다.

설명	<p><제4조 제8항 보장한도 산정 예시></p> <p>2017년 4월 1일에 특약을 체결한 피보험자가 최초계약의 특정임플란트치조골이식술치료보장개시일 이후에 영구치 1개에 치아우식증(충치)을 진단 받고, 해당 영구치에 대하여 2018년 3월 27일에 발치한 후 2018년 4월 3일에 특정임플란트치조골이식술치료를 한 경우, 해당 특정임플란트치조골이식술치료는 1차년도 연간(2017.4.1 ~ 2018.3.31) 보장한도에 산정되며, 2차년도 연간(2018.4.1 ~ 2019.3.31) 보장한도에는 산정되지 않습니다.</p>
-----------	--

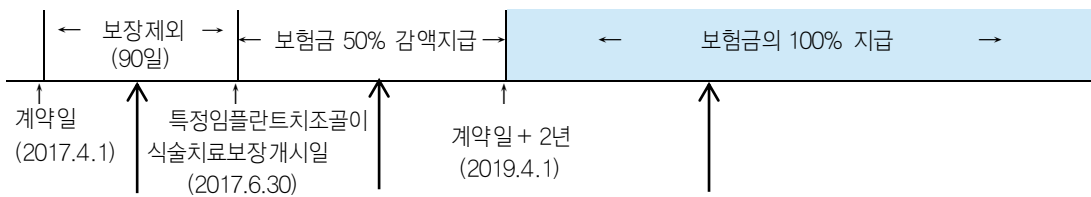
<연간 계산 예시>



<보험금 지급 예시>

※ 계약일: 2017년 4월 1일(최초계약)

(사례) 특정임플란트치조골이식술치료 [치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)]을 원인으로 영구치 발치시



- | | | |
|--|--|---|
| <p>① 2017.5.1
영구치 1개 발치 후
특정임플란트치조골
이식술치료
: 보장하지 않음(이후
이 특약의 보험기간
중 해당 발치부위에
특정임플란트치조골
이식술치료를 받아도
보장하지 않음)</p> | <p>② 2017.12.1
영구치 5개 발치 후
4개 특정임플란트치조골
이식술치료
· 특정임플란트치조골
이식술치료보험금
: 3개에 대하여만 지급하며,
50% 감액 지급
(나머지는 다음해에 특정
임플란트치조골이식술치료를
받아도 보장하지 않음)</p> | <p>③ 2019.12.1
영구치 5개 발치 후
4개 특정임플란트치조골
이식술치료
· 특정임플란트치조골
이식술치료보험금
: 4개에 대하여 지급하며,
보험금의 100% 지급
(이후 이 특약의 보험기간 중
나머지 발치부위에
특정임플란트치조골
이식술치료를 받는 경우 발치부위당
최초 1회에 한해 보장)</p> |
|--|--|---|

(※) 상기 보험금 지급 예시는 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 진단확정일과 영구치 발치 및 특정임플란트치조골 이식술치료 시점이 동일함을 가정한 예시입니다.

- ⑨ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조 [보험금의 청구]

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 진료기록부 등)
3. 특정임플란트치조골이식술치료 관련 증명서
가. 아래 내용이 포함된 특정임플란트치조골이식술치료 확인서(회사양식) 및 치과진료기록
(1) 발치한 영구치의 명칭 및 위치 또는 치아번호
(2) 해당 영구치의 내원 당시의 상태
(3) 직접적인 발치 원인
(4) 치료받은 특정임플란트치조골이식술치료의 종류
(5) 치과 내원일, 진단확정일, 발치일자 및 치료종료(예정)일
(6) 진단명 및 진단명에 해당하는 한국표준질병·사인분류번호
나. 영구치 발치 전후 및 특정임플란트치조골이식술치료 전후의 X-ray 사진
다. 회사가 상기 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하여 추가로 요청하는 구강 내 사진 또는 이에 준하는 판독 자료
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에서 정한 사고증명서 및 특정임플란트치조골이식술치료 관련 증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원(특정임플란트치조골이식술치료 관련증명서의 경우 치과병원이나 치과의원) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 [보험금의 지급절차]

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표 5(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)와 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(다만, 대상기관은 금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사

- 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
- 6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제10항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 이를 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다. 다만, 진단특약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 - 1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
 - 3. 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때. 단, 진단특약의 경우 질병에 대하여는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 1년이 지났을 때
 - 4. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 - 5. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 - 6. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때

다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(특약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리 결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등 기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑥ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)특약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복) 특약을 최초계약으로 봅니다].

제12조 [사기에 의한 계약]

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 여기서 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, '감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액'입니다. 이하, 같습니다.

제4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(講約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 「평균공시이율 +1%」를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다라도 최초계약의 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

제13조의3 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시전 보험기간, 주계약이 갱신행보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신행보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 계약자적립액이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 계약자적립액은 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제22조(해약환급금)에서 정한 해약환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제14조 [특약의 무효]

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
 3. 이 특약의 피보험자의 영구치가 모두 상실되어 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 소멸 사유 발생 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 제2호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제2호 및 제3호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제7조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5 관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제 되었거나 주계약이 소멸되었다고

하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제18조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- ① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ② 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다. 여기서, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ④ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ⑤ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

- ① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
 1. 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)
 2. 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 특정임플란트치조골이식술 치료보장개시일은 제2조의10(특약의 보장개시일)에서 정한 특정임플란트치조골이식술치료보장개시일로 합니다.
- ⑤ 제1항에서 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약 및 이전의 모든 부활(효력회복)을 청약할 때 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조의2 [위법계약의 해지]

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 특약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 특약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 「금융소비자보호에 관한 법률 시행령」 제38조제4항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제22조(해약환급금) 제3항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험수익자가 2명 이상인 경우, 제1항 제1호에서 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자 외에 다른 수익자에게는 그 수익자 몫에 해당하는 보험금의 일부를 지급하고, 계약자에게는 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자가 받을 수 있었던 보험금에 해당하는 해약환급금을 지급합니다.

제22조 [해약환급금]

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제20조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

보험금 지급기준표

회사는 보험기간 중 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

특정임플란트치조골이식술치료보험금(약관 제3조)

지급사유	피보험자가 최초계약의 특정임플란트치조골이식술치료보장개시일 이후에 제2조의7(보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인)에서 정한 보장의 대상이 되는 “영구치 발치”의 원인으로 영구치를 발치하고, 이 특약의 보험기간 중 해당 영구치를 발치한 부위에 임플란트치료를 받기 위해 특정임플란트치조골이식술 치료를 받은 경우		
지급금액	(기준: 특약보험가입금액)		
	구 분	지급금액	보장한도
	최초계약의 계약일부터 2년 초과	5% (영구치 발치 1개당 최초1회 지급)	한도 없음
	최초계약의 계약일부터 2년 이내	2.5% (영구치 발치 1개당 최초1회 지급)	연간 3개 (연간 발치한 영구치 개수 기준)
	(주) 1. 최초계약의 계약일부터 2년 이내에 「보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보험금 지급 사유가 발생한 경우」의 지급금액은 “최초계약의 계약일부터 2년 초과”시와 동일하게 적용합니다. 2. 갱신계약의 지급금액 및 보장한도는 “최초계약의 계약일부터 2년 초과”시와 동일하게 적용합니다.		

1. 이 특약의 특정임플란트치조골이식술치료보장개시일은 최초계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 특정임플란트치조골이식술치료를 받은 경우의 특정임플란트치조골이식술치료보장개시일은 최초계약일[부활(효력회복)일]과 동일합니다.
2. (주)1에도 불구하고 갱신계약의 특정임플란트치조골이식술치료보장개시일은 갱신일로 합니다. 또한 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 특정임플란트치조골이식술치료보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 특정임플란트치조골이식술치료를 받은 경우 특정임플란트치조골이식술치료보장개시일은 부활(효력회복)일과 동일합니다.
3. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 2년 이내란 최초계약의 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
4. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 2년이내의 보험금 감액과 관련한 사항은 영구치 발치일을 기준으로 계산합니다.
5. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 연계약해당일 전일까지의 기간을 의미하며, 보장한도 산정의 기준일자는 영구치 발치일로 합니다.

치아우식증(충치) 분류표

① 약관에 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 치아우식	K02
· 치수 및 근단주위조직의 질환	K04

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
-----------	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “치아우식증(충치)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
-----------	---

치주질환(잇몸질환) 분류표

① 약관에 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 치은염(잇몸염) 및 치주질환(잇몸질환)	K05

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 봅니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명 진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “치주질환(잇몸질환)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급 감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉 노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - '법적 개입' 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ '외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)' 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고 [단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장]
- ④ '자연의 힘에 노출(X30~X39)' 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ '우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)' 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. 위 () 안의 내용은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 발생(진단) 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 있었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」가 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다. 반대로 피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」인 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 봅니다.
-----------	---

2. 발생(진단) 시점에 상기 "1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항" 인지 여부가 확인된 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 재해의 분류가 추가 또는 제외되더라도 상기 "1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다면, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 「재해」로 볼 수 있어 「재해 발생(진단)」 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다.
-----------	---

3. 위 「1. 재해의 정의 ㉔」에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, 「2. 재해에 해당되지 않는 사항 ㉔」에 해당되더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산

구 분	적립 기간	적립 이율
특정임플란트치조골이식술 치료보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 지급이자도 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 적용됩니다.
 2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 3. 가산이율 적용 시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

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

2. 재해에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉 노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - '법적 개입' 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ '외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)' 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고 [단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장]
- ④ '자연의 힘에 노출(X30~X39)' 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ '우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)' 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(※) 1. 위 () 안의 내용은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 발생(진단) 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 있었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」가 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다. 반대로 피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」인 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 봅니다.
-----------	---

2. 발생(진단) 시점에 상기 "1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항"인지 여부가 확인된 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 재해의 분류가 추가 또는 제외되더라도 상기 "1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었던 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 「재해」로 볼 수 있어 「재해 발생(진단)」 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다.
-----------	---

3. 위 「1. 재해의 정의 ㉔」에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, 「2. 재해에 해당되지 않는 사항 ㉔」에 해당되더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

□ 총칙

1. 장애의 정의

- 1) '장애'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손 상태 및 기능 상실 상태를 말합니다. 다만, 질병과 부상의 주 증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않습니다.
- 2) '영구적이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 기망이 없는 상태에서 정신적 또는 육체적 훼손 상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말합니다.
- 3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말합니다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시 장애의 장애지급률로 정합니다.
- 5) 위 4)에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약(특약)의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약(특약)은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약(특약)은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년이내에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

2. 신체 부위

'신체 부위'라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체 부위라 합니다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체 부위로 봅니다.

3. 장애의 판정

- 1) 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- 2) 동일한 신체 부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 장애지급률을 적용함을 원칙으로 합니다. 그러나 각 신체 부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- 3) 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장애지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- 4) 의학적으로 뇌사 판정을 받고 호흡 기능과 심장박동 기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않습니다. 다만, 뇌사 판정을 받은 경우가 아닌 식물인간 상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체 부위별 판정 기준에 따라 평가합니다.
- 5) 장애 진단서에는 ① 장애 진단명 및 발생 시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 합니다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 합니다.

□ 장애분류별 판정 기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동 장애나 뚜렷한 조절 기능장애를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야 장애를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동 장애를 남긴 때	5

나. 장애판정 기준

- 1) 시력 장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정합니다.
- 2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대 교정 시력을 말합니다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가합니다.
- 3) '한눈이 멀었을 때라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각유')를 말합니다.
- 4) '한눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때라 함은 안전수동(Hand Movement) ^{주1}, 안전수지(Finger Counting) ^{주2} 상태를 포함합니다.
 ※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
 주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력 상태
- 5) 안구(눈동자) 운동 장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가합니다.
- 6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동 장애라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동 범위가 정상 1/2 이하로 감소된 경우
 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절 기능장애라 함은 조절력이 정상 1/2 이하로 감소된 경우를 말합니다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애 진단시 연령 기준)의 경우는 제외합니다.
- 8) '뚜렷한 시야 장애라 함은 한눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말합니다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야 장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야 범위 합계를 정상 범위와 비교하여 평가합니다.
- 9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말합니다.
- 10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동 장애를 남긴 때라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말합니다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산됩니다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산합니다.
- 12) 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않습니다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용합니다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정 기준

- 1) 청력 장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB: decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용합니다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가하여야 합니다.
- 2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말합니다.
- 3) '심한 장애를 남긴 때라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말합니다.
- 4) '약간의 장애를 남긴 때라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말합니다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사 등 추가 실시 후 장애를 평가합니다.

다. 귓바퀴의 결손

- 1) '귓바퀴의 대부분이 결손된 때라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말합니다.
- 2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습) 장애로만 평가합니다.

라. 평형기능의장해

- 1) '평형기능에 장해를 남긴때라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산 점수가 30점 이상인 경우를 말합니다.

항목	내용	점수
검사 소견	1) 양측 전정 기능 소실	14
	2) 양측 전정 기능 감소	10
	3) 일측 전정 기능 소실	4
치료 병력	1) 장기통원치료(1년간 12회 이상)	6
	2) 장기통원치료(1년간 6회 이상)	4
	3) 단기통원치료(6개월간 6회 이상)	2
	4) 단기통원치료(6개월간 6회 미만)	0
기능장해 소견	1) 두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	2) 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	3) 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

- 2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌 병변 여부, 전정 기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 합니다.

- 가) 뇌영상검사(CT, MRI)
 나) 온도안진 검사, 전기안진 검사(또는 비디오 안진 검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의분류

장해의분류	지급률
1) 코의 호흡 기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각 기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장해판정 기준

- 1) '코의 호흡 기능을 완전히 잃었을 때라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨 쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도 검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말합니다.
- 2) '코의 후각 기능을 완전히 잃었을 때라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각 기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않습니다.
- 3) 양쪽 코의 후각 기능은 후각인지 검사, 후각역치 검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전 손실이 확인되어야 합니다.
- 4) 코의 추상(추한 모습) 장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산합니다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의분류

장해의분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애판정 기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악 치아)와 아랫니(하악 치아)의 맞물림(교합), 배열 상태 및 아래턱의 개구 운동, 삼킴(연하) 운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정합니다.
- 2) '씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때라 함은 심한 개구 운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음식 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말합니다.
- 3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.
 - 가) 뚜렷한 개구 운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 마음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치) 간 최대 개구 운동이 1cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우
 - 라) 양측 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하 기능 검사(비디오 투시 검사) 상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) '씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.
 - 가) 약간의 개구 운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치) 간 최대 개구 운동이 2cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우
 - 라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하 기능 검사(비디오 투시 검사) 상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구 장애는 턱관절의 이상으로 개구 운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구 상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치) 간 거리를 기준으로 합니다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정 가능한 인접 치아 간 거리의 최대치를 기준으로 합니다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악 치아)와 아랫니(하악 치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말합니다.
- 7) '말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.
 - 가) 언어평가상 자음 정확도가 30% 미만인 경우
 - 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- 8) '말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.
 - 가) 언어평가상 자음 정확도가 50% 미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현 언어 지수 25 미만인 경우
- 9) '말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.
 - 가) 언어평가상 자음 정확도가 75% 미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현 언어 지수 65 미만인 경우
- 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 교착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가합니다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지 기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음 장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그중 높은 지급률을 하나만 인정합니다.
- 12) '치아의 결손이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관 치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용합니다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않습니다.
- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열 구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정합니다.
- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 장애로 평가합니다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 장애의 대상이 되지 않습니다.

5. 외모의 추상(추한 모습) 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말합니다.
- 2) '추상(추한 모습) 장애라 함은 성형수술(반흔 성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말합니다.
- 3) '추상(추한 모습)을 남긴 때라 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 말합니다.
- 4) 다발성 반흔 발생 시각판정 부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가합니다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산 대상에서 제외합니다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정합니다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 5cm 이상의 조직 함몰
 - 라) 코의 1/2 이상 결손
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발 결손
 - 나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - 가) 손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 5cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 2cm 이상의 조직 함몰
 - 라) 코의 1/4 이상 결손
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발 결손
 - 나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

'손바닥 크기라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 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 간주합니다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동 장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동 장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동 장애를 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) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애	10

나. 장해판정 기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가합니다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형 장해는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 국돌기는 제외합니다. 이하 이 신체 부위에서 같습니다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가합니다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 변화는 객관적인 측정 방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상 만곡을 고려하여 평가합니다.
 - 나) 척추(등뼈)의 기형 장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정합니다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부(인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정합니다.
 - 다) 척추(등뼈)의 기형 장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그중 가장 높은 지급률을 적용합니다.
- 3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기원 중 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가합니다.
- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가합니다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극 증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사상에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동 장해 및 기형 장해로 평가하지 않습니다.
- 6) 심한 운동 장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
- 7) 뚜렷한 운동 장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
 - 다) 머리뼈(두개골)와 상위 목뼈(상위 경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단 사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상 전위가 있는 상태
 - 라) 상위 목뼈(상위 경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상 전위가 있는 상태
- 8) 약간의 운동 장해
머리뼈(두개골)와 상위 목뼈(상위 경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
 - 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60% 이상인 경우 또는 한 운동 단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
 - 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40% 이상인 경우 또는 한 운동 단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
 - 가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20% 이상인 경우 또는 한 운동 단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경 증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경 생리 검사에서 명확한 신경근 병증의 소견이 지속되고 척추 신경근의 불안전 마비가 인정되는 경우
- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사상에서 명확한 신경근 병증의 소견이 지속되는 경우

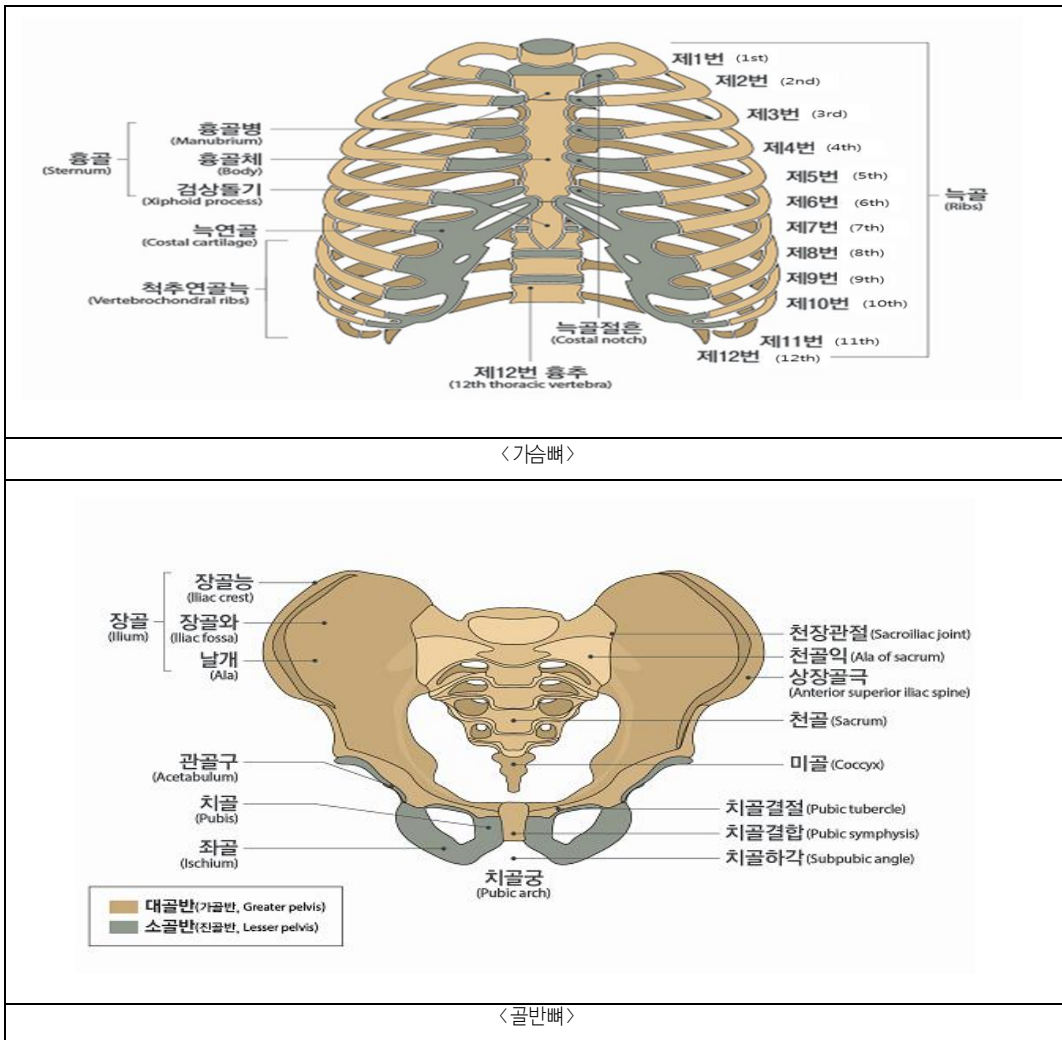
7. 체간골의 장애

가. 장애의분류

장애의분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정 기준

- '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 봅니다.
- '골반뼈의뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태
 - 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
 - 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태
- '빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말합니다.
- 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급합니다. 다발성 늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가합니다.



8. 팔의 장애

가. 장애의분류

장애의분류	지급률
1) 두 팔의손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의3대 관절중 관절하나의기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의3대 관절중 관절하나의기능에 심한장애를 남긴때	20
5) 한 팔의3대 관절중 관절하나의기능에 뚜렷한 장애를 남긴때	10
6) 한 팔의3대 관절중 관절하나의기능에 약간의장애를 남긴때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한장애를 남긴때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의장애를 남긴때	10
9) 한 팔의뼈에 기형을 남긴때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된후 장애를 평가합니다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이있는 상태에서 장애를 평가합니다.
- 2) 관절을 사용하지않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않습니다.
- 3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목 관절(완관절)까지를 말합니다.
- 4) '팔의3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치 관절(주관절), 손목 관절(완관절)을 말합니다.
- 5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목 관절(완관절)부터(손목 관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함합니다.
- 6) 팔의 관절 기능장애 평가는 팔의 3대 관절의관절운동 범위 제한등으로 평가합니다.
 - 가) 각 관절의운동 범위측정은 장애 평가 시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동 가능 영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법등을 따릅니다.
 - 나) 관절 기능장애를 표시할 경우 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 합니다. 단, 관절 기능장애가 신경 손상으로 인한 경우에는 운동 범위측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가합니다.
- 7) '관절하나의기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전 손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절하나의기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
 - 가) 해당 관절의운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/4이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 근전도 검사상 완전 손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절하나의기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
 - 가) 해당 관절의운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/2이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '2등급(poor)'인 경우
- 10) '관절하나의기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 가) 해당 관절의운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 3/4이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '3등급(fair)'인 경우
- 11) '가관절'이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이남은 경우를 말합니다.
 - ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의유합이 이루어지지않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외합니다.
- 12) '가관절이남아 약간의장애를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이남은 경우를 말합니다.
- 13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말합니다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 팔의3대 관절 중 관절하나에 기능장애가생기고 다른 관절하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 합니다.

9. 다리의 장애

가. 장애의분류

장애의분류	지급률
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절중 관절하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절중 관절하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절중 관절하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절중 관절하나의 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 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가합니다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가합니다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않습니다.
- 3) '다리라 함은 엉덩이 관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말합니다.
- 4) '다리의 3대 관절이라 함은 엉덩이 관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말합니다.
- 5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함합니다.
- 6) 다리의 관절 기능장애 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동 범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가합니다.
 - 가) 각 관절의 운동 범위 측정은 장애 평가 시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동 가능 영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따릅니다.
 - 나) 관절 기능장애가 신경 손상으로 인한 경우에는 운동 범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가합니다.
- 7) '관절하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전 손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것이 있는 경우
 - 라) 근전도 검사상 완전 손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '2등급(poor)'인 경우
- 10) '관절하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '3등급(fair)'인 경우
- 11) 동요 장애 평가 시에는 정상 측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가합니다.
- 12) '가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말합니다.
 - ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외합니다.
- 13) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말합니다.

- 14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말합니다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정합니다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 다리의 3대 관절중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.
- 2) 하지(다리)와 발가락)의 장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 합니다.

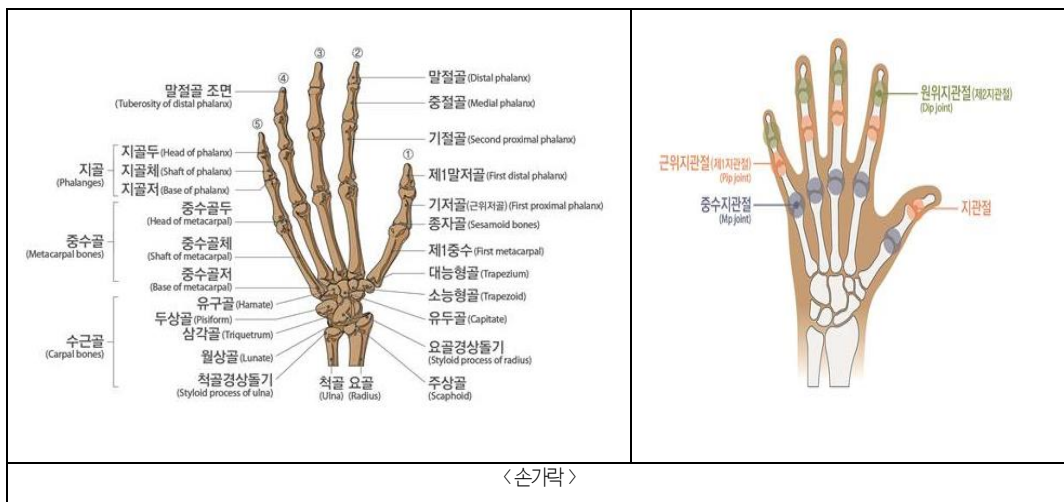
10. 손가락의 장애

가. 장애의분류

장애의분류	지급률
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장애판정 기준

- 1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가합니다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가합니다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않습니다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락 관절이 있습니다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 합니다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락 관절이 있습니다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부릅니다.
- 5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말합니다.
- 6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않습니다.
- 7) '손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동 가능 영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말합니다.
- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.
- 9) 손가락의 관절 기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동 범위 제한 등으로 평가합니다. 각 관절의 운동 범위 측정은 장애 평가 시점의 「산업재해 보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동 가능 영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따릅니다.



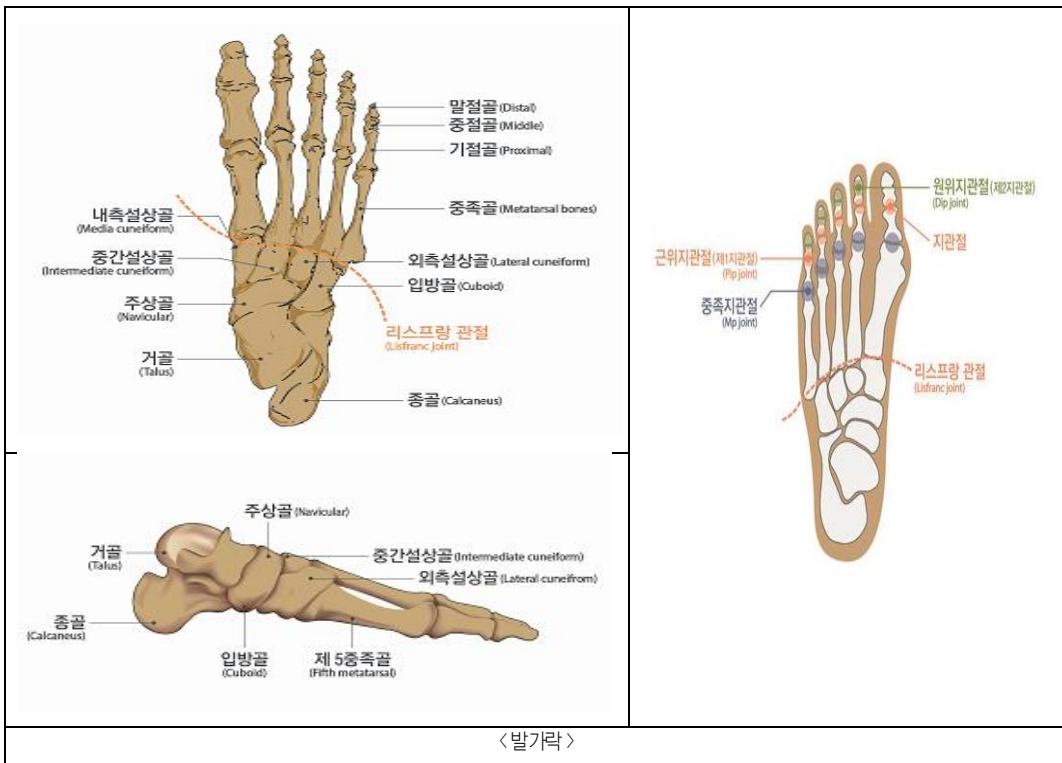
11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장애판정 기준

- 1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가합니다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가합니다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않습니다.
- 3) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말합니다.
- 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때'라 함은 족근-중족골 간 관절 이상에서 절단된 경우를 말합니다.
- 5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않습니다.
- 6) '발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족 지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동 범위 합계가 정상 운동 가능 영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우를 말합니다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.
- 8) 발가락 관절의 운동 범위 측정은 장애 평가 시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동 가능 영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따릅니다.



12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의분류

장애의분류	지급률
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	15

나. 장애의판정 기준

- 1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말합니다.
- 2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장, 전부를 잘라내었을 때
 - 나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - 나) 방광 기능 상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 - 다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
 - 라) 대장 절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료 과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - 바) 요도 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도 괄약근을 설치한 경우
- 5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
 - 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
 - 다) 폐 질환 또는 폐 부분 절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상 예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨 생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예 방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않습니다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨 생식기계 장애 항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 '〈붙임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애 평가표'에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애지급률을 준용합니다.
- 8) 상기 장애 항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성 폐질환 등)은 장애의 평가대상으로 인정하지 않습니다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의분류

장애의분류	지급률
1) 신경계에 장애가남아 일상생활기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이남았을 때	40
13) 약간의간질발작이남았을 때	10

나. 장애판정 기준

1) 신경계

- 가) '신경계에 장애를 남긴 때'라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 '불입' 일상생활기본동작(ADLs) 제한장애 평가표의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말합니다.
- 나) 위 가)의 경우 '불입' 일상생활기본동작(ADLs) 제한 장애 평가표 상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장 대상이 되는 장애로 인정하지 않습니다.
- 다) 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체 부위의장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그중 높은 지급률을 적용합니다.
- 라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가합니다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보합니다.
- 마) 장애 진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 합니다.

2) 정신행동

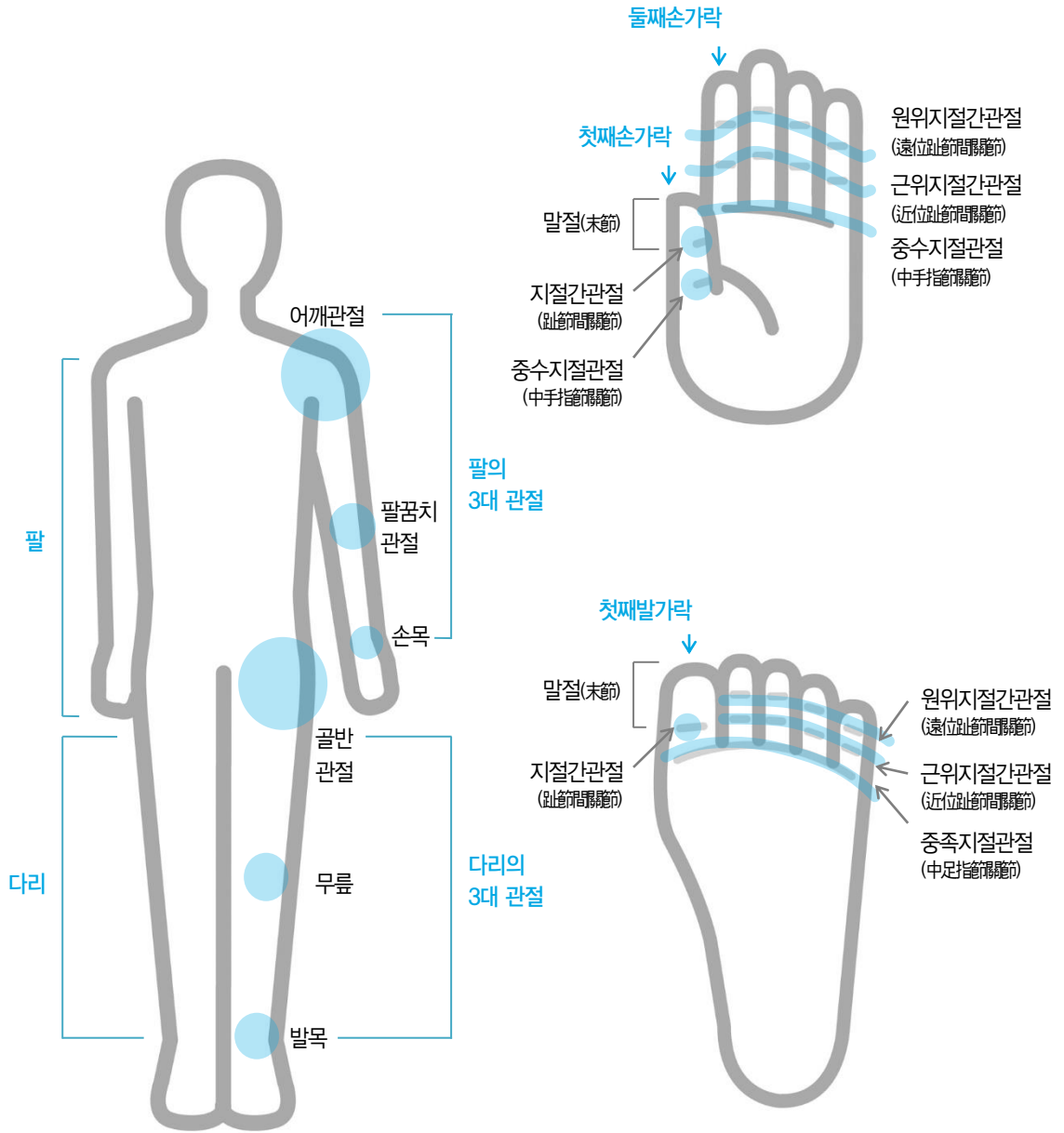
- 가) 정신행동 장애는 보험기간 중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 합니다. 다만, 질병 발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병 발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있습니다.
 - 나) 정신행동 장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과와 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않습니다.
 - 다) '정신행동에 극심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말합니다.
 - 라) '정신행동에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말합니다.
 - 마) '정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부 고시 「장애정도 판정 기준」의 '능력 장애측정 기준'상 6개 항목 중 3항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말합니다.
- ※ 주) 능력 장애측정 기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식 섭취, ㉡ 대소변 관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반 공공시설의 이용
- 바) '정신행동에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부 고시 「장애정도 판정 기준」의 '능력 장애측정 기준'상 6개 항목 중 2항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말합니다.
 - 사) '정신행동에 경미한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부 고시 「장애정도 판정 기준」의 '능력 장애측정 기준'상 6개 항목 중 2항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말합니다.
 - 아) 지속적인 정신건강의학과와 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미합니다.
 - 자) 심리학적 평가 보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 합니다.

- 차) 정신행동 장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말합니다.
 카) 정신행동 장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌 자기공명촬영, 뇌전산화 촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가합니다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정어의 추정 혹은 인정, 한국 표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않습니다.
 타) 각종 기질성 정신 장애와 외상 후 간질에 한하여 보상합니다.
 파) 외상 후 스트레스 장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성 장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않습니다.
- 3) 치매
- 가) '치매'라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말합니다.
 나) 치매의 장애 평가는 임상적인 증상뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가합니다. 다만, 진단 시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가합니다.
 다) 치매의 장애 평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상 치매 척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사 결과에 따릅니다.
- 4) 뇌전증(간질)
- 가) '뇌전증(간질)'이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말합니다.
 나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 합니다.
 다) '심한 간질발작'이라 함은 월 8회 이상의 중증 발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡 장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말합니다.
 라) '뚜렷한 간질발작'이라 함은 월 5회 이상의 중증 발작 또는 월 10회 이상의 경증 발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말합니다.
 마) '약간의 간질발작'이라 함은 월 1회 이상의 중증 발작 또는 월 2회 이상의 경증 발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말합니다.
 바) '중증 발작'이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로서 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식 장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말합니다.
 사) '경증 발작'이라 함은 운동 장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말합니다.

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애 평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동 시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 파행(질퍽거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변 배뇨	<ul style="list-style-type: none"> - 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태(20%) - 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태 또는 간헐적으로 자가인공 도뇨가 가능한 상태(CC), 기저귀를 이용한 배뇨, 배변 상태(15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때(5%)
목욕	<ul style="list-style-type: none"> - 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태(5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행 가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태(3%)
옷 입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 상, 하의 의복 착탈시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 상, 하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의 중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태(5%) - 상, 하의 의복 착탈시 혼자서 가능하나 미세 동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태(3%)

신체부위의 설명도



보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산

구분	적립 기간	적립 이율
보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 지급이자도 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 적용됩니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 3. 가산이율 적용 시 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

장애인전용보험전환특약 약관

※ 이 특약은 피보험자 또는 보험수익자 등이 소득세법에서 정한 장애인일 경우 해당 법에서 정한 장애인전용보험으로 전환하는 것을 목적으로 하며, 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다. 구체적인 내용은 아래와 같습니다.

제 1 조 [특약의 적용범위 등]

① 이 특약은 보험회사가 정한 방법에 따라 보험계약자가 청약(講約)하고 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 다음 각호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함하며, 이하 “전환대상계약”이라 합니다)에 대하여 「소득세법 제 59 조의 4(특별세액공제) 제 1 항 제 1 호」에 해당하는 장애인전용보험(이하 “장애인전용보험”이라 합니다)으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다. (이하 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)

1. 「소득세법 제 59 조의 4(특별세액공제) 제 1 항 제 2 호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

용어 해설	〈소득세법 제 59 조의 4(특별세액공제)〉
	<p>① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제 1 호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별 그 합계액이 각각 연 100 만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료 2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제 1 호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)
	<p style="text-align: center;">〈소득세법 시행령 제 118 조의 4 (보험료의 세액공제)〉</p> <p>① 소득세법 제 59 조의 4 제 1 항제 1 호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제 2 항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제로 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.</p> <p>② 소득세법 제 59 조의 4 제 1 항제 2 호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 생명보험 2. 상해보험 3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험 4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법」 또는 「새마을금고법」에 따른 공제 5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제 6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3 억원을 초과하는 경우는 제외한다.
	<p style="text-align: center;">〈소득세법 시행규칙 제 61 조의 3 (공제대상보험료의 범위)〉</p> <p>소득세법 시행령 제 118 조의 4 제 2 항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.</p>

2. 주계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 모든 부가특약을 포함하며, 이하 “주계약”이라 합니다)의 “모든 피보험자 또는 모든 보험수익자”가 「소득세법 시행령 제 107 조(장애인의 범위) 제 1 항」에서 규정한 장애인인 보험. 다만, 보험수익자가 법정상속인 등으로 특정되지 않은 경우에는 보험수익자가 「소득세법 시행령 제 107 조(장애인의 범위) 제 1 항」에서 규정한 장애인으로 인정되지 않습니다.

용어 해설	<p>〈「소득세법 시행령 제 107 조(장애인의 범위)에서 규정한 장애인〉</p> <p>① 소득세법 제 51 조 제 1 항 제 2 호에 따른 장애인은 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람 2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람 3. 삭제 4. 제 1 호 및 제 2 호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자 <p>〈소득세법 시행규칙 제 54 조(장애아동의 범위 등)〉</p> <p>① 소득세법 시행령 제 107 조 제 1 항 제 1 호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제 21 조 제 1 항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.</p> <p>② 소득세법 시행령 제 107 조 제 2 항 각 호 외의 부분 단서에서 "기획재정부령으로 정하는 서류"란 같은 조 제 1 항 제 1 호 및 제 2 호에 따른 장애인에 대한 추가공제에 관한 서류로서 소득공제 명세를 일괄적으로 적어 국세청장이 발급하는 서류를 말한다.</p>
------------------	--

설명	<p>〈이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시 1〉</p> <p>주계약의 피보험자 1 인은 비장애인이고 보험수익자 2 인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우, 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.</p> <p>〈이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시 2〉</p> <p>주계약의 보험수익자 1 인은 비장애인이고 피보험자 2 인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우, 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.</p> <p>〈이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시 3〉</p> <p>주계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인인 경우, 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특약을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 보험수익자 지정이 필요합니다.</p>
-----------	--

② 이 특약의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제 2 조 [제출서류]

- ① 이 특약에 가입하고자 하는 계약자는 주계약의 “모든 피보험자 또는 모든 보험수익자”의 「소득세법 시행규칙 별지 제 38 호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본」(이하 "장애인증명서"라 합니다)을 제출하여 제 1 조(특약의 적용범위 등) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자(傷痍者)의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제 1 항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.
- ③ 장애인으로서 그 장애예상기간(또는 장애기간)이 기재된 장애인증명서를 제 1 항에 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애예상기간(또는 장애기간) 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.

④ 제 1 항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애예상기간(또는 장애기간)이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애예상기간(또는 장애기간)이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제 3 조[장애인전용보험으로의 전환]

- ① 회사는 이 특약이 부가된 전환대상계약을 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고, 제 2 조(제출서류) 제 1 항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되지 않습니다.
- ③ 「전환대상계약이 해지(解止) 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우」 또는 「전환대상계약이 제 1 조(특약의 적용범위 등) 제 1 항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우」에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ④ 제 1 항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시됩니다.

설명	2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 장애인전용보험으로 전환되기 전(2019년 1월 15일~2019년 5월 31일)에 납입된 전환대상계약 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후 납입된 전환대상계약 보험료만 장애인전용보장성보험료로 표시됩니다.
-----------	--

⑤ 제 4 항에도 불구하고, 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 전환대상계약이 제 1 조(특약의 적용범위) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우」 또는 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제 4 조(전환 해지)에 따라 전환을 해지하는 경우」에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약 보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제 2 조(제출서류) 제 1 항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 전환대상계약이 제 1 조(특약의 적용범위) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우」에는, 장애인전용보험으로 전환된 후부터 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료되기 전까지 납입된 전환대상계약 보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시됩니다.

설명	2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 소득세법상 장애인증명서에 장애예상기간(또는 장애기간)이 2019년 12월 1일까지 인 경우, 장애인전용보험으로 전환된 이후부터 장애예상기간(또는 장애기간)이 지나기 전까지(2019년 6월 1일~2019년 12월 1일) 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시됩니다. 그러나, 장애예상기간(또는 장애기간)이 지난 후 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되지 않습니다.
-----------	--

⑥ 이 특약이 부가된 이후 「제 4 조(전환 해지)에 따라 전환을 해지한 경우」 또는 「전환대상계약이 제 1 조(특약의 적용범위 등) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특약의 효력이 없어진 경우」에는 해당 전환대상계약에 이 특약을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제 2 조(제출서류) 제 1 항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제 1 조(특약의 적용범위 등) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 특약을 다시 부가할 수 있습니다.

제 4 조[전환 해지]

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 해지할 수 있으며, 이 경우 전환해지 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제 5 조[준용규정]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 관련 법령에서 정하는 바에 따릅니다.
- ② 소득세법 등 관련 법령이 개정되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

지정대리청구서비스특약 약관

※ 이 특약은 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약자가 미리 보험금의 대리청구인을 지정(변경지정)하는 것을 목적으로 하며, 계약자가 선택한 경우에만 적용합니다. 구체적인 내용은 아래와 같습니다.

제1 관 보험계약의 성립과 유지

제1조 [적용 대상]

이 특약은 보험계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 주된 보험계약(이하 "주계약" 이라 합니다) 및 특약에 적용됩니다.

제2조 [특약의 체결 및 소멸]

- ① 이 특약은 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다. (이하 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사" 라 합니다)
- ② 제1조(적용대상)의 주계약 및 특약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 따라 효력이 없게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제2 관 지정대리청구인의 지정

제3조 [지정대리청구인의 지정(변경지정) 및 자격]

- ① 계약자는 보험수익자가 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우에, 보험수익자를 대신하여 보험금을 청구할 수 있는 자(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)를 지정 또는 변경지정을 할 수 있습니다.
- ② 제1항의 지정대리청구인은 「피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자」 또는 「피보험자의 3촌 이내 친족」 중 1명으로 합니다.
- ③ 보험금 청구 시에 지정대리청구인이 제2항에 해당하지 않는 경우에는 지정대리청구인의 자격을 상실합니다.
- ④ 계약자는 지정대리청구인을 지정 또는 변경지정을 할 경우 다음 서류를 제시하여야 하며, 이 경우 회사는 계약자에게 해당 내용을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
 1. 지정대리청구인 지정(변경지정) 신청서(회사양식)
단, 계약을 체결할 때에는 주계약 청약서에 포함된 신청양식으로 대체합니다.
 2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(가족관계증명서 등)
단, 계약체결시점 또는 계약체결이후 지정대리청구인을 최초 지정하는 경우에는 제시하지 않을 수 있습니다.
 3. 계약자의 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 이하 "신분증"이라 합니다)
- ⑤ 계약체결 이후 계약자 본인이 아닌 자가 계약자를 대리하여 제1항에서 제4항에 따라 지정대리청구인을 지정 또는 변경지정의 신청을 하는 경우(이하, "지정대리청구인 지정의 대리신청"이라 합니다) 계약자가 작성한 제4항 제1호의 지정대리청구인 지정(변경지정) 신청서 및 제4항 제2호의 서류를 포함하여 다음 각 호 중 어느 하나를

제시하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「전화 등의 방법」으로 지정대리청구인 지정의 대리신청에 대한 동의 여부를 확인할 수 있습니다.

1. 계약자의 인감증명서 또는 계약자의 본인서명사실확인서
2. 계약자의 신분증(사본 가능)

⑥ 제 1 항에서 제 5 항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정 또는 변경지정된 이후에 제 1 조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정 또는 변경지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

⑦ 제 1 항에서 제 5 항에도 불구하고, 주계약 또는 특약 약관에서 지정대리청구인의 지정 또는 변경지정 기간을 별도로 운영하는 경우, 계약자는 이 특약에서도 그 기간에 한하여 지정대리청구인을 지정 또는 변경지정할 수 있습니다.

제3관 보험금의 지급

제4조 [보험금의 청구]

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서 등) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조 [보험금의 지급절차]

① 지정대리청구인은 제4조(보험금의 청구)에서 정한 구비서류 및 제 1 조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제 1 조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제4관 기타사항

제6조 [준용규정]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

약관에서 인용된 법령 내용 (가나다 순)

- 아래 법령은 고객의 이해를 돕기 위해 마련되었으며, 가입하신 상품에 따라 인용된 법령이 다를 수 있습니다.
 - 아래 법령은 2024년 1월 1일을 기준으로 작성되었으며, 해당 법령의 제·개정으로 내용이 변경될 수 있습니다.
 - 또한, 아래 법령과 실제 법령 내용이 다른 경우에는 실제 법령 내용을 적용합니다.

- 또한, 아래 방법으로 현행 법령과 제·개정 법령을 확인할 수 있습니다.

- 홈페이지 : '국가법령정보센터 홈페이지(www.law.go.kr)'
- 앱 : 구글 Play 스토어, 아이폰 앱스토어 등을 통해 '국가법령정보 (Korea Laws)' 앱을 다운

'국가법령정보 (Korea Laws)' 앱	아이폰용 QR 코드	안드로이드용 QR 코드
		

■ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. (생략)
2. "제 1 급감염병"이란 생물테러감염병 또는 치명률이 높거나 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 신고하여야 하고, 음압격리와 같은 높은 수준의 격리가 필요한 감염병으로서 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.

가. 에볼라바이러스병	나. 마버그열	다. 라싸열
라. 크리미안콩고출혈열	마. 남아메리카출혈열	바. 리프트밸리열
사. 두창	아. 페스트	자. 탄저
차. 보툴리눔독소증	카. 야토병	타. 신종감염병증후군
파. 중증급성호흡기증후군(SARS)	하. 중동호흡기증후군(MERS)	거. 동물인플루엔자 인체감염증
네. 신종인플루엔자	데. 디프테리아	
3. "제 2 급감염병"이란 전파가능성을 고려하여 발생 또는 유행 시 24 시간 이내에 신고하여야 하고, 격리가 필요한 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.

가. 결핵(結核)	나. 수두(水痘)	다. 홍역(紅疫)
라. 콜레라	마. 장티푸스	바. 파라티푸스
사. 세균성이질	아. 장출혈성대장균감염증	자. A형간염
차. 백일해(百日咳)	카. 유행성이하선염(流行性耳下腺炎)	타. 풍진(風疹)

- | | | |
|-------------|--------------------------|------------------|
| 파. 폴리오 | 하. 수막구균 감염증 | 거. b 형헤모필루스인플루엔자 |
| 너. 폐렴구균 감염증 | 더. 한센병 | 러. 성홍열 |
| 머. | 버. 카바페넴내성장내세균목 (CRE) 감염증 | 서. E 형간염 |
- 반코마이신내성황색포도알균(VRSA) 감염증

4. “제 3 급감염병”이란 그 발생을 계속 감시할 필요가 있어 발생 또는 유행 시 24 시간 이내에 신고하여야 하는 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병 관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.

- | | | |
|---|-----------------------|-------------------|
| 가. 파상풍(破傷風) | 나. B 형간염 | 다. 일본뇌염 |
| 라. C 형간염 | 마. 말라리아 | 바. 레지오넬라증 |
| 사. 비브리오패혈증 | 아. 발진티푸스 | 자. 발진열(發疹熱) |
| 차. 찻가무시증 | 카. 렙토스피라증 | 타. 브루셀라증 |
| 파. 공수병(淸水病) | 하. 신증후군출혈열(腎症候群出血熱) | 거. 후천성면역결핍증(AIDS) |
| 너. 크로이츠펠트-야콥병(CJD) 및 변종크로이츠펠트-야콥병(vCJD) | | 더. 황열 |
| 러. 덩기열 | 머. 큐열(Q 熱) | 버. 웨스트나일열 |
| 서. 라임병 | 어. 진드기매개뇌염 | 저. 유비저(類鼻疽) |
| 처. 치쿤구니야열 | 커. 중증열성혈소판감소증후군(SFTS) | 터. 지카바이러스 감염증 |
| 퍼. 매독(梅毒) | | |

(이하 생략)

제 16 조의 2(감염병병원체 확인기관)

① 다음 각 호의 기관(이하 "감염병병원체 확인기관"이라 한다)은 실험실 검사 등을 통하여 감염병병원체를 확인할 수 있다.

1. 질병관리청
 2. 질병대응센터
 3. 「보건환경연구원법」 제2조에 따른 보건환경연구원
 4. 「지역보건법」 제10조에 따른 보건소
 5. 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중 진단검사의학과 전문의가 상근(常勤)하는 기관
 6. 「고등교육법」 제4조에 따라 설립된 의과대학 중 진단검사의학과가 개설된 의과대학
 7. 「결핵예방법」 제21조에 따라 설립된 대한결핵협회(결핵환자의 병원체를 확인하는 경우만 해당한다)
 8. 「민법」 제32조에 따라 한센병환자 등의 치료·재활을 지원할 목적으로 설립된 기관(한센병환자의 병원체를 확인하는 경우만 해당한다)
 9. 인체에서 채취한 검사물에 대한 검사를 국가, 지방자치단체, 의료기관 등으로부터 위탁받아 처리하는 기관 중 진단검사의학과 전문의가 상근하는 기관
- ② 질병관리청장은 감염병병원체 확인의 정확성·신뢰성을 확보하기 위하여 감염병병원체 확인기관의 실험실 검사능력을 평가하고 관리할 수 있다.
- ③ 제2항에 따른 감염병병원체 확인기관의 실험실 검사능력 평가 및 관리에 관한 방법, 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

■ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙

제 6 조(의사 등의 감염병 발생신고)

(생략)

⑤ 법 제 11 조제 6 항에 따른 감염병환자등의 진단 기준은 별표 2 와 같으며, 그 밖의 세부 사항은 질병관리청장이 정하여 고시한다.

[별표 2] 감염병환자등의 진단 기준

1. 제 1 급감염병의 경우

- 가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 인두도말 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람
- 나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람
- 다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람

2. 제 2 급감염병의 경우

- 가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 인두도말, 뇌척수액, 가래 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람
- 나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람
- 다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람

3. 제 3 급감염병의 경우

- 가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 소변, 뇌척수액, 가래, 기관지세척액 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사, 항원 검출검사, 현미경검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람. 다만, 파상풍의 경우에는 임상적 특징을 나타내는 것만으로도 감염병환자로 진단한다.
- 나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람
- 다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람

4. 제 4 급감염병의 경우

- 가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 소변, 인두도말, 귀양부위도말, 병변 조직, 피하조직 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사, 항원 검출검사, 현미경검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람
- 나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람
- 다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람

■ 개인정보보호법

제 15 조(개인정보의 수집·이용)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.

- 1. 정보주체의 동의를 받은 경우
- 2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
- 3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우

4. 정보주체와 체결한 계약을 이행하거나 계약을 체결하는 과정에서 정보주체의 요청에 따른 조치를 이행하기 위하여 필요한 경우
 5. 명백히 정보주체 또는 제 3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
 6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.
 7. 공중위생 등 공공의 안전과 안녕을 위하여 긴급히 필요한 경우
- ② 개인정보처리자는 제 1항제 1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
1. 개인정보의 수집·이용 목적
 2. 수집하려는 개인정보의 항목
 3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
 4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다.

제 17 조(개인정보의 제공)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제 3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.
1. 정보주체의 동의를 받은 경우
 2. 제 15 조제 1 항제 2 호, 제 3 호 및 제 5 호부터 제 7 호까지에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우
- ② 개인정보처리자는 제 1항제 1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
1. 개인정보를 제공받는 자
 2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
 3. 제공하는 개인정보의 항목
 4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
 5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ③ 삭제
- ④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다.

제 22 조(동의를 받는 방법)

- ① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제 22 조의 2 제 1 항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다. 이 경우 다음 각 호의 경우에는 동의 사항을 구분하여 각각 동의를 받아야 한다.
1. 제 15 조제 1 항제 1 호에 따라 동의를 받는 경우
 2. 제 17 조제 1 항제 1 호에 따라 동의를 받는 경우
 3. 제 18 조제 2 항제 1 호에 따라 동의를 받는 경우
 4. 제 19 조제 1 호에 따라 동의를 받는 경우
 5. 제 23 조제 1 항제 1 호에 따라 동의를 받는 경우

- 6. 제 24 조제 1 항제 1 호에 따라 동의를 받는 경우
 - 7. 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 경우
 - 8. 그 밖에 정보주체를 보호하기 위하여 동의 사항을 구분하여 동의를 받아야 할 필요가 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
- ② 개인정보처리자는 제 1 항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제 2 조 제 1 호에 따른 전자문서를 포함한다)으로 받을 때에는 개인정보의 수집·이용 목적, 수집·이용하려는 개인정보의 항목 등 대통령령으로 정하는 중요한 내용을 보호위원회가 고시로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다.
- ③ 개인정보처리자는 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보에 대해서는 그 항목과 처리의 법적 근거를 정보주체의 동의를 받아 처리하는 개인정보와 구분하여 제 30 조제 2 항에 따라 공개하거나 전자우편 등 대통령령으로 정하는 방법에 따라 정보주체에게 알려야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.
- ④ 삭제
- ⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제 1 항제 3 호 및 제 7 호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.
- ⑥ 삭제
- ⑦ 제 1 항부터 제 5 항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제 23 조(민감정보의 처리 제한)

- ① 개인정보처리자는 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 “민감정보”라 한다)를 처리하여서는 아니된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.
- 1. 정보주체에게 제 15 조제 2 항 각 호 또는 제 17 조제 2 항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
 - 2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우
- ② 개인정보처리자가 제 1 항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 제 29 조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.
- ③ 개인정보처리자는 재화 또는 서비스를 제공하는 과정에서 공개되는 정보에 정보주체의 민감정보가 포함됨으로써 사생활 침해의 위험성이 있다고 판단하는 때에는 재화 또는 서비스의 제공 전에 민감정보의 공개 가능성 및 비공개를 선택하는 방법을 정보주체가 알아보기 쉽게 알려야 한다.

제 24 조(고유식별정보의 처리 제한)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 “고유식별정보”라 한다)를 처리할 수 없다.
- 1. 정보주체에게 제 15 조 제 2 항 각 호 또는 제 17 조 제 2 항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
 - 2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우
- ② 삭제
- ③ 개인정보처리자가 제 1 항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.
- ④ 보호위원회는 처리하는 개인정보의 종류·규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제 3 항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다.

⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제4 항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다.

제 24 조의 2(주민등록번호 처리의 제한)

① 제 24 조제 1 항에도 불구하고 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 주민등록번호를 처리할 수 없다.

1. 법률·대통령령·국회규칙·대법원규칙·헌법재판소규칙·중앙선거관리위원회규칙 및 감사원규칙에서 구체적으로 주민등록번호의 처리를 요구하거나 허용한 경우
2. 정보주체 또는 제 3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 명백히 필요하다고 인정되는 경우
3. 제 1 호 및 제 2 호에 준하여 주민등록번호 처리가 불가피한 경우로서 보호위원회가 고시로 정하는 경우

② 개인정보처리자는 제 24 조제 3 항에도 불구하고 주민등록번호가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 암호화 조치를 통하여 안전하게 보관하여야 한다. 이 경우 암호화 적용 대상 및 대상별 적용 시기 등에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 처리 규모와 유출 시 영향 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

③ 개인정보처리자는 제 1 항 각 호에 따라 주민등록번호를 처리하는 경우에도 정보주체가 인터넷 홈페이지를 통하여 회원으로 가입하는 단계에서는 주민등록번호를 사용하지 아니하고도 회원으로 가입할 수 있는 방법을 제공하여야 한다.

④ 보호위원회는 개인정보처리자가 제 3 항에 따른 방법을 제공할 수 있도록 관계 법령의 정비, 계획의 수립, 필요한 시설 및 시스템의 구축 등 제반 조치를 마련·지원할 수 있다.

■ 국가경찰과 자치경찰의 조직 및 운영에 관한 법률

제 13 조(경찰사무의 지역적 분장기관)

경찰의 사무를 지역적으로 분담하여 수행하게 하기 위하여 특별시·광역시·특별자치시·도·특별자치도(이하 “시·도”라 한다)에 시·도경찰청을 두고, 시·도경찰청장 소속으로 경찰서를 둔다. 이 경우 인구, 행정구역, 면적, 지리적 특성, 교통 및 그 밖의 조건을 고려하여 시·도에 2 개의 시·도경찰청을 둘 수 있다.

■ 관공서의 공휴일에 관한 규정

제 2 조(공휴일)

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1 절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1 월 1 일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날(음력 12 월 말일, 1 월 1 일, 2 일)
5. 석제
6. 부처님 오신날(음력 4 월 8 일)
7. 5 월 5 일 (어린이날)
8. 6 월 6 일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날(음력 8 월 14 일, 15 일, 16 일)
10. 12 월 25 일(기독탄신일)
- 10 의 2. 「공직선거법」 제 34 조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제 3 조(대체공휴일)

① 제 2 조제 2 호부터 제 10 호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제 2 조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.

1. 제 2 조제 2 호·제 6 호·제 7 호 또는 제 10 호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
2. 제 2 조제 4 호 또는 제 9 호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
3. 제 2 조제 2 호·제 4 호·제 6 호·제 7 호·제 9 호 또는 제 10 호의 공휴일이 토요일·일요일이 아닌 날에 같은 조 제 2 호부터 제 10 호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우

② 제 1 항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.

③ 제 1 항 및 제 2 항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

■ 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률

제 6 조(등록 및 결정)

① 국가유공자, 그 유족 또는 가족이 되려는 사람(이하 이 조에서 "신청 대상자"라 한다)은 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈부장관에게 등록을 신청하여야 한다. 다만, 신청 대상자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈부 소속 공무원이 신청 대상자의 동의를 받아 등록을 신청할 수 있고, 그 동의를 받은 경우에는 신청 대상자가 등록을 신청한 것으로 본다.

1. 「국가보훈 기본법」 제 23 조제 1 항제 3 호의 2 에 따라 발굴된 희생·공헌자의 경우
2. 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 상이를 입거나 사망한 경우
3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 직접 등록을 신청할 수 없는 경우

② 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」 제 4 조제 1 항에 따라 등록을 신청하는 사람에 대하여는 그 등록신청을 한 날에 제 1 항에 따른 등록을 신청한 것으로 본다.

③ 국가보훈부장관은 제 1 항에 따른 등록신청을 받으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 제 4 조 또는 제 5 조에 따른 요건을 확인한 후 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는지를 결정한다. 이 경우 제 4 조제 1 항제 3 호부터 제 6 호까지, 제 8 호, 제 14 호 및 제 15 호의 국가유공자(이하 "전몰군경등"이라 한다)가 되기 위하여 등록을 신청하는 경우에는 그 소속하였던 기관의 장에게 그 요건과 관련된 사실의 확인을 요청하여야 하며, 그 소속하였던 기관의 장은 관련 사실을 조사한 후 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 요건과 관련된 사실을 확인하여 국가보훈부장관에게 통보하여야 한다.

④ 국가보훈부장관은 제 3 항 전단에 따라 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는 사람으로 결정할 때에는 제 74 조의 5 에 따른 보훈심사위원회(이하 "보훈심사위원회"라 한다)의 심의·의결을 거쳐야 한다. 다만, 국가유공자, 그 유족 또는 가족의 요건이 객관적인 사실에 의하여 확인된 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거치지 아니할 수 있다.

⑤ 국가보훈부장관은 제 4 조제 1 항 각 호(제 1 호, 제 2 호 및 제 10 호는 제외한다)의 어느 하나에 해당하는 적용 대상 국가유공자임에도 불구하고 신청 대상자가 없어 등록신청을 할 수 없는 사람에 대해서는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거쳐 국가유공자로 기록하고 예우 및 관리를 할 수 있다.

⑥ 제 1 항부터 제 4 항까지의 규정은 다른 법률에서 이 법의 예우 등을 받도록 규정된 사람에 대하여도 적용한다.

■ 국민기초생활 보장법

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "수급권자"란 이 법에 따른 급여를 받을 수 있는 자격을 가진 사람을 말한다.
2. "수급자"란 이 법에 따른 급여를 받는 사람을 말한다.

(이하 생략)

■ 고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다

1. "고엽제"란 월남전 또는 대한민국 비무장지대 남방한계선(南方限界線)의 인접지역으로서 국방부령으로 정하는 지역(이하 "남방한계선 인접지역"이라 한다)에서 나뭇잎 등을 제거하기 위하여 사용된 제초제로서 다이옥신이 들어 있는 것을 말한다.
2. "고엽제후유증환자"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.
 - 가. 1964년 7월 18일부터 1973년 3월 23일 사이에 월남전에 참전하여 고엽제 살포지역에서 「병역법」, 「군인사법」 또는 「군무원인사법」에 따른 군인이나 군무원으로서 복무하고 전역(轉役)·퇴직한 자와 정부의 승인을 받아 전투나 군의 작전에 종군(從軍)한 기자(이하 "월남전에 참전하고 전역한 자등"이라 한다)로서 제5조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 질병을 얻은 자
 - 나. 1967년 10월 9일부터 1972년 1월 31일 사이에 남방한계선 인접지역에서 「병역법」, 「군인사법」 또는 「군무원인사법」에 따른 군인이나 군무원으로서 복무하였거나 고엽제 살포업무에 참가하고 전역·퇴직한 자(이하 "남방한계선 인접지역에서 복무하고 전역한 자등"이라 한다)로서 제5조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 질병을 얻은 자
3. "고엽제후유증환자"란 월남전에 참전하고 전역한 자등 또는 남방한계선 인접지역에서 복무하고 전역한 자등으로서 제5조제2항 각 호의 어느 하나에 해당하는 질병을 얻은 자를 말한다.

(이하 생략)

제5조(고엽제후유증환자 등의 결정기준)

①(생략)

② 제4조제7항에 따라 이 법의 적용 대상자를 결정하는 기준이 되는 고엽제후유증의 범위는 다음 각 호와 같다.

1. 일광과민성피부염(日光過敏性皮膚炎)
2. 심상성건선(尋常性乾癬)
3. 지루성피부염(脂漏性皮膚炎)
4. 만성담마진(慢性蕁麻疹)
5. 건성습진(乾性濕疹)
6. 중추신경장애(中樞神經障礙). 다만, 제1항제16호 본문의 파킨슨병은 제외한다.
7. 뇌경색증(腦硬塞症)
8. 다발성신경마비(多發性神經麻痺)
9. 다발성경화증(多發性硬化症)
10. 근위축성신경축색경화증(筋萎縮性神經側索硬化症)
11. 근질환(筋疾患)
12. 악성종양(惡性腫瘍). 다만, 제1항의 고엽제후유증에 속하는 악성종양은 제외한다.
13. 간질환(肝疾患). 다만, B형 및 C형 감염으로 인한 것은 제외한다.
14. 감삼샘기능저하증
15. 고혈압(高血壓)
16. 뇌출혈(腦出血)
17. 삭제
18. 동맥경화증(動脈硬化症)

- 19. 무혈성괴사증(無血性壞死症)
 - 20. 고지혈증(高脂血症)
 - 21. 삭제
- (이하 생략)

■ 국민건강보험법

제 41 조(요양급여)

- ① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다.
 - 1. 진찰·검사
 - 2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
 - 3. 처치·수술 및 그 밖의 치료
 - 4. 예방·재활
 - 5. 입원
 - 6. 간호
 - 7. 이송(移送)
- ② 제 1 항에 따른 요양급여(이하 "요양급여"라 한다)의 범위(이하 "요양급여대상"이라 한다)는 다음 각 호와 같다.
 - 1. 제 1 항 각 호의 요양급여(제 1 항제 2 호의 약제는 제외한다): 제 4 항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
 - 2. 제 1 항제 2 호의 약제: 제 41 조의 3 에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것
- ③ 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.
- ④ 보건복지부장관은 제 3 항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)으로 정할 수 있다.

제 42 조(요양기관)

- ① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.
 - 1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
 - 2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
 - 3. 「약사법」제 91 조에 따라 설립된 한국회귀·필수의약품센터
 - 4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
 - 5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소
- ② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제 2 항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.
 - 1. 제 2 항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
 - 2. 제 2 항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우
- ④ 제 2 항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원에 대하여는 제 41 조제 3 항에 따른 요양급여의 절차 및 제 45 조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다.
- ⑤ 제 1 항·제 2 항 및 제 4 항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

제 44 조(비용의 일부부담)

- ① 요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부(이하 “본인일부부담금”이라 한다)를 본인이 부담한다. 이 경우 선별급여에 대해서는 다른 요양급여에 비하여 본인일부부담금을 상향 조정할 수 있다.
- ② 제 1 항에 따라 본인이 연간 부담하는 본인일부부담금의 총액이 대통령령으로 정하는 금액(이하 이 조에서 “본인부담상한액”이라 한다)을 초과한 경우에는 공단이 그 초과 금액을 부담하여야 한다. 이 경우 공단은 당사자에게 그 초과 금액을 통보하고, 이를 지급하여야 한다.
- ③ 제 2 항에 따른 본인부담상한액은 가입자의 소득수준 등에 따라 정한다.
- ④ 제 2 항에 따른 본인일부부담금 총액 산정 방법, 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급 방법 및 제 3 항에 따른 가입자의 소득수준 등에 따른 본인부담상한액 설정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제 53 조(급여의 제한)

- ① 공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 보험급여를 하지 아니한다.
 1. 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으킨 경우
 2. 고의 또는 중대한 과실로 공단이나 요양기관의 요양에 관한 지시에 따르지 아니한 경우
 3. 고의 또는 중대한 과실로 제 55 조에 따른 문서와 그 밖의 물건의 제출을 거부하거나 질문 또는 진단을 기피한 경우
 4. 업무 또는 공무로 생긴 질병·부상·재해로 다른 법령에 따른 보험급여나 보상(報償) 또는 보상(補償)을 받게 되는 경우
- ② 공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체로부터 보험급여에 상당하는 급여를 받거나 보험급여에 상당하는 비용을 지급받게 되는 경우에는 그 한도에서 보험급여를 하지 아니한다.
- ③ 공단은 가입자가 대통령령으로 정하는 기간 이상 다음 각 호의 보험료를 체납한 경우 그 체납한 보험료를 완납할 때까지 그 가입자 및 피부양자에 대하여 보험급여를 실시하지 아니할 수 있다. 다만, 월별 보험료의 총체납횟수(이미 납부된 체납보험료는 총체납횟수에서 제외하며, 보험료의 체납기간은 고려하지 아니한다)가 대통령령으로 정하는 횟수 미만이거나 가입자 및 피부양자의 소득·재산 등이 대통령령으로 정하는 기준 미만인 경우에는 그러하지 아니하다.
 1. 제 69 조제 4 항제 2 호에 따른 소득월액보험료
 2. 제 69 조제 5 항에 따른 세대단위의 보험료
- ④ 공단은 제 77 조제 1 항제 1 호에 따라 납부의무를 부담하는 사용자가 제 69 조제 4 항제 1 호에 따른 보수월액보험료를 체납한 경우에는 그 체납에 대하여 직장가입자 본인에게 귀책사유가 있는 경우에 한하여 제 3 항의 규정을 적용한다. 이 경우 해당 직장가입자의 피부양자에게도 제 3 항의 규정을 적용한다.
- ⑤ 제 3 항 및 제 4 항에도 불구하고 제 82 조에 따라 공단으로부터 분할납부 승인을 받고 그 승인된 보험료를 1 회 이상 낸 경우에는 보험급여를 할 수 있다. 다만, 제 82 조에 따른 분할납부 승인을 받은 사람이 정당한 사유 없이 5 회(같은 조 제 1 항에 따라 승인받은 분할납부 횟수가 5 회 미만인 경우에는 해당 분할납부 횟수를 말한다. 이하 이 조에서 같다) 이상 그 승인된 보험료를 내지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.
- ⑥ 제 3 항 및 제 4 항에 따라 보험급여를 하지 아니하는 기간(이하 이 항에서 “급여제한기간”이라 한다)에 받은 보험급여는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 보험급여로 인정한다.
 1. 공단이 급여제한기간에 보험급여를 받은 사실이 있음을 가입자에게 통지한 날부터 2 개월이 지난 날이 속한 달의 납부기한 이내에 체납된 보험료를 완납한 경우
 2. 공단이 급여제한기간에 보험급여를 받은 사실이 있음을 가입자에게 통지한 날부터 2 개월이 지난 날이 속한 달의 납부기한 이내에 제 82 조에 따라 분할납부 승인을 받은 체납보험료를 1 회 이상 낸 경우. 다만, 제 82 조에 따른 분할납부 승인을 받은 사람이 정당한 사유 없이 2 회 이상 그 승인된 보험료를 내지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

제 54 조(급여의 정지)

보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 기간에는 보험급여를 하지 아니한다. 다만, 제 3 호 및 제 4 호의 경우에는 제 60 조에 따른 요양급여를 실시한다.

1. 삭제
2. 국외에 체류하는 경우
3. 제 6 조제 2 항제 2 호에 해당하게 된 경우
4. 교도소, 그 밖에 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 경우

■ 국민건강보험법 시행령

제 19 조(비용의 본인부담)

① 법 제 44 조제 1 항에 따른 본인일부부담금(이하 “본인일부부담금”이라 한다)의 부담률 및 부담액은 별표 2 와 같다. (이하 생략)

[별표 2] 본인일부부담금의 부담률 및 부담액

1. 가입자 또는 피부양자는 요양급여비용 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금액(100 원 미만은 제외한다)을 부담한다. 다만, 입원진료의 경우에는 100 원 미만의 금액도 부담한다.
 - 가. (생략)
 - 나. 외래진료의 경우 및 보건복지부장관이 정하는 의료장비·치료재료를 이용한 진료의 경우에는 다음 표의 구분에 따라 계산한 금액

기관 종류	소재지	환자 구분	본인일부부담금
상급종합병원	모든 지역	일반환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 - 진찰료총액) × 60/100. 다만, 임신부 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 40/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 20/100으로 한다.
		의약분업 예외환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 - 약값 총액 - 진찰료 총액) × 60/100 + 약값 총액 × 30/100. 다만, 임신부 외래진료의 경우에는 (요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 40/100 + 약값 총액 × 30/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 (요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 20/100 + 약값 총액 × 21/100로 한다.
종합병원	동 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 50/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 50/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100) + 약값 총액 × 30/100(1 세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
	읍·면 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 45/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 45/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100) + 약값 총액 × 30/100(1 세 미만 영유아의 경우에는 21/100)

병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원	동 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 40/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 40/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
	읍·면 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 35/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 35/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원	모든 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 30/100(임신부의 외래진료의 경우에는 10/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 5/100). 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상이면서 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 30/100(임신부의 외래진료의 경우에는 10/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 5/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100). 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상이면서 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.
보건소, 보건지소, 보건진료소	모든 지역		요양급여비용 총액 × 30/100. 다만, 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.

(이하 생략)

[별표 3] 본인부담상한액의 산정방법

1. 본인부담상한액은 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준(이하 "상한액기준보험료"라 한다)을 구간으로 구분하여 다음 각 목의 구분에 따른 금액으로 한다.

가. 2023년 본인부담상한액: 다음 표에 따른 금액

구분	상한액기준보험료 구간	120일 초과입원	그밖의 경우
지역가입자, 직장가입자 및 피부양자	1구간	134만원	87만원
	2구간	168만원	108만원
	3구간	227만원	162만원
	4구간	375만원	303만원
	5구간	538만원	414만원

6구간	646만원	497만원
7구간	1,014만원	780만원

비고 : 위 표에서 “120 일 초과 입원”이란 「의료법」 제 3 조제 2 항제 3 호라목에 따른 요양병원(「장애인복지법」 제 58 조제 1 항제 4 호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제 3 조의 2 의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다)에 입원한 기간이 같은 연도에 120 일을 초과하는 경우를 말한다.

나. 2024 년 이후 본인부담상한액: 다음 계산식에 따른 금액

$$\text{해당 연도 본인부담상한액} = \text{전년도 본인부담상한액} \times (1 + \text{전국소비자물가변동률})$$

비고

1. 위 계산식에서 “본인부담상한액”이란 상한액기준보험료 구간별 금액을 말한다.
 2. 위 계산식에서 “전국소비자물가변동률”이란 「통계법」에 따라 통계청장이 매년 고시하는 전전년도와 대비한 전년도 전국소비자물가변동률을 말하며, 전국소비자물가변동률이 100 분의 5 를 넘는 경우에는 100 분의 5 로 한다.
 3. 위 계산식에 따라 산정한 금액 중 1 만원 미만의 금액은 버린다.
2. 제 1 호의 상한액기준보험료 구간은 다음 표와 같다. 이 경우 상한액기준보험료의 구체적인 산정 기준·방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

구분	상한액기준보험료 구간	
지역가입자	1구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	2구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	3구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	4구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	5구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	6구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	7구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

직장가입자 및 피부양자	1구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	2구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	3구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	4구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	5구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	6구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	7구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

비고 : 상한액기준보험료가 제 32 조제 2 호나목에 따른 월별 보험료액 하한 금액 이하인 지역가입자는 위 표에도 불구하고 1 구간에 해당하는 것으로 본다.

■ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

제 5 조(요양급여의 적용기준 및 방법)

① (생략)

② 제 1 항에 따른 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 의약계·공단 및 건강보험심사평가원의 의견을 들어 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

③ 조혈모세포이식 및 심실 보조장치 치료술의 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 의약계·공단 및 건강보험심사평가원의 의견을 들어 보건복지부장관이 따로 정하여 각각 고시한다.

④ (생략)

제 5 조의 2(중증질환심의위원회)

① 중증환자에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위하여 건강보험심사평가원에 중증질환심의위원회를 둔다.

(이하 생략)

제 9 조(비급여대상)

① 법 제 41 조제 4 항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별표 2 와 같다

[별표 2] 비급여대상

- 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)·탈기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비노생식기 질환
 - 라. 단순 코골음
 - 마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
 - 바. 검열반 등 안과질환
 - 사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환

(이하 생략)

■ 금융소비자 보호에 관한 법률

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

- 1. ~ 8. (생략)
- 9. "전문금융소비자"란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 "금융상품판매업자등"이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.
 - 가. 국가
 - 나. 「한국은행법」에 따른 한국은행
 - 다. 대통령령으로 정하는 금융회사
 - 라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제 9 조제 15 항제 3 호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)
 - 마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

(이하 생략)

제 42 조(소액분쟁사건에 관한 특례)

조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 충족하는 분쟁사건(이하 "소액분쟁사건"이라 한다)에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 제 36 조제 6 항에 따라 조정안을 제시받기 전에는 소를 제기할 수 없다. 다만, 제 36 조제 3 항에 따라 서면통지를 받거나 제 36 조제 5 항에서 정한 기간 내에 조정안을 제시받지 못한 경우에는 그러하지 아니하다.

- 1. 일반금융소비자가 신청한 사건일 것
- 2. 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 2 천만원 이내에서 대통령령으로 정하는 금액 이하일 것

제 47 조(위법계약의 해지)

① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제 17 조제 3 항, 제 18 조제 2 항, 제 19 조제 1 항·제 3 항, 제 20 조제 1 항 또는 제 21 조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.

- ② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제 1 항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제 1 항 및 제 2 항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제 1 항부터 제 3 항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

■ 금융소비자 보호에 관한 법률 시행령

제 38 조(위법계약의 해지)

- ① ~ ③ (생략)
- ④ 법 제 47 조제 2 항에 따른 정당한 사유의 범위는 다음 각 호와 같다.
 1. 위반사실에 대한 근거를 제시하지 않거나 거짓으로 제시한 경우
 2. 계약 체결 당시에는 위반사항이 없었으나 금융소비자가 계약 체결 이후의 사정변경에 따라 위반사항을 주장하는 경우
 3. 금융소비자의 동의를 받아 위반사항을 시정한 경우
 4. 그 밖에 제 1 호부터 제 3 호까지의 경우에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 경우
 (이하 생략)

■ 노인장기요양보험법

제 2 조(정의)

- 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.
- (생략)
- 4. “장기요양기관”이란 제 31 조에 따른 지정을 받은 기관으로서 장기요양급여를 제공하는 기관을 말한다.
- (이하 생략)

제 15 조(등급판정 등)

- (생략)
- ② 등급판정위원회는 신청인이 제 12 조의 신청자격요건을 충족하고 6 개월 이상 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정하는 경우 심신상태 및 장기요양이 필요한 정도 등 대통령령으로 정하는 등급판정기준에 따라 수급자로 판정한다.
- (생략)
- ④ 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것으로 의심되는 경우에는 제 14 조제 1 항 각 호의 사항을 조사하여 그 결과를 등급판정위원회에 제출하여야 한다.
 1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양인정을 받은 경우
 2. 고의로 사고를 발생하도록 하거나 본인의 위법행위에 기인하여 장기요양인정을 받은 경우
 - ⑤ 등급판정위원회는 제 4 항에 따라 제출된 조사 결과를 토대로 제 2 항에 따라 다시 수급자 등급을 조정하고 수급자 여부를 판정할 수 있다.

제 23 조(장기요양급여의 종류)

- ① 이 법에 따른 장기요양급여의 종류는 다음 각 호와 같다.
 1. 재가급여

- 가. 방문요양 : 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여
 - 나. 방문목욕 : 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여
 - 다. 방문간호 : 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 "방문간호지시서"라 한다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여
 - 라. 주·야간보호 : 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
 - 마. 단기보호 : 수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위안에서 일정 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
 - 바. 기타재가급여 : 수급자의 일상생활·신체활동 지원 및 인지기능의 유지·향상에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것
2. 시설급여 : 장기요양기관에 장기간 입소한 수급자에게 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
3. 특별현금급여
- 가. 가족요양비 : 제 24 조에 따라 지급하는 가족장기요양급여
 - 나. 특례요양비 : 제 25 조에 따라 지급하는 특례장기요양급여
 - 다. 요양병원간병비 : 제 26 조에 따라 지급하는 요양병원장기요양급여
- (이하 생략)

제 29 조(장기요양급여의 제한)

- ① 공단은 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제 15 조제 4 항에 따른 조사나 제 60 조 또는 제 61 조에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다.
- ② 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 장기요양기관이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양급여비용을 받는 데에 가담한 경우 장기요양급여를 중단하거나 1년의 범위에서 장기요양급여의 횟수 또는 제공 기간을 제한할 수 있다.
- ③ 제 2 항에 따른 장기요양급여의 중단 및 제한 기준과 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

■ 노인장기요양보험법 시행령

제 2 조(노인성 질병)

「노인장기요양보험법」(이하 "법"이라 한다) 제 2 조제 1 호에서 "대통령령으로 정하는 노인성 질병"이란 별표 1 에 따른 질병을 말한다.

[별표 1]

노인성 질병의 종류

구분	질병명	질병코드
한국표준질병·사인분류	가. 알츠하이머병에서의 치매	F00*
	나. 혈관성 치매	F01
	다. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02*
	라. 상세불명의 치매	F03
	마. 알츠하이머병	G30
	바. 지주막하출혈	I60

사. 뇌내출혈	I61
아. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
자. 뇌경색증	I63
차. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
카. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
타. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
파. 기타 뇌혈관질환	I67
하. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68*
거. 뇌혈관질환의 후유증	I69
너. 파킨슨병	G20
더. 이차성 파킨슨증	G21
러. 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	G22*
머. 기저핵의 기타 퇴행성 질환	G23
버. 중풍후유증	U23.4
서. 진전(震顫)	R25.1
어. 척수성 근위축 및 관련 증후군	G12
저. 달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축	G13*
처. 다발경화증	G35

비고

1. 질병명 및 질병코드는 「통계법」 제 22 조에 따라 고시된 한국표준질병·사인 분류에 따른다.
2. 진전은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 범위로 한다.

■ 독립유공자 예우에 관한 법률

제6조(등록 및 결정)

- ① 독립유공자, 그 유족 또는 가족으로서 이 법의 적용 대상자가 되려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈부장관에게 등록을 신청하여야 한다.
- ② 국가보훈부장관은 제1항에 따른 등록신청을 받은 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 독립유공자의 요건과 그 유족 또는 가족으로서의 요건을 확인한 후 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제74조의5에 따른 보훈심사위원회(이하 "보훈심사위원회"라 한다)의 심의·의결을 거쳐 독립유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는지를 결정한다. 다만, 독립유공자, 그 유족 또는 가족의 요건이 객관적인 사실에 의하여 확인된 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거치지 아니할 수 있다.
- ③ 삭제
- ④ 국가보훈부장관은 제4조 각 호의 어느 하나에 해당하는 적용 대상 독립유공자임에도 불구하고 본인 및 제5조에 따른 유족 등이 없어 등록신청을 할 수 없는 사람에 대해서는 독립유공자로 기록하고 예우 및 관리를 할 수 있다.

■ 민법

제 27 조(실종의 선고)

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.

② 전지에 임한 자, 침몰한 선박중에 있던 자, 추락한 항공기중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제 1항과 같다.

제 28 조(실종선고의 효과)

실종선고를 받은 자는 전조의 기간이 만료한 때에 사망한 것으로 본다.

■ 보험업법

제108조(특별계정의 설정·운용)

① 보험회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 준비금에 상당하는 자산의 전부 또는 일부를 그 밖의 자산과 구별하여 이용하기 위한 계정(이하 "특별계정"이라 한다)을 각각 설정하여 운용할 수 있다.

1. 「소득세법」 제20조의3제1항제2호 각 목 외의 부분에 따른 연금저축계좌를 설정하는 계약
2. 「근로자퇴직급여 보장법」 제29조제2항에 따른 보험계약 및 법률 제10967호 근로자퇴직급여 보장법 전부개정법을 부칙 제2조제1항 본문에 따른 퇴직보험계약
3. 변액보험계약(보험금이 자산운용의 성과에 따라 변동하는 보험계약을 말한다)
4. 그 밖에 금융위원회가 필요하다고 인정하는 보험계약

② 보험회사는 특별계정에 속하는 자산은 다른 특별계정에 속하는 자산 및 그 밖의 자산과 구분하여 회계처리하여야 한다.

③ 보험회사는 특별계정에 속하는 이익을 그 계정상의 보험계약자에게 분배할 수 있다.

④ 특별계정에 속하는 자산의 운용방법 및 평가, 이익의 분배, 자산운용실적의 비교·공시, 운용전문인력의 확보, 의결권 행사 제한 등 보험계약자 보호에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

■ 산업재해보상보험법 시행규칙

제 47 조(운동기능장애의 측정)

① 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동기능영역은 별표 4 와 같다.

② (생략)

③ 제 2 항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동기능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다.

1. 강직, 오그라듐, 신경손상 등 운동기능장애의 원인이 명확한 경우 : 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
2. 운동기능장애의 원인이 명확하지 아니한 경우 : 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

[별표 4]

비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동기능영역

구분	측정부위	평균 운동 기능영역 (각도)
관절명		

척주	목뼈부(경추부)	후두과(後頭類: 뒤통수 관절용기)-목뼈1번 분절	13
		목뼈1번-목뼈2번 분절	10
		목뼈2번-목뼈3번 분절	8
		목뼈3번-목뼈4번 분절	13
		목뼈4번-목뼈5번 분절	12
		목뼈5번-목뼈6번 분절	17
		목뼈6번-목뼈7번 분절	16
		목뼈7번-등뼈1번 분절	6
	등뼈부(흉추부)	등뼈1번-등뼈2번 분절	4
		등뼈2번-등뼈3번 분절	4
등뼈3번-등뼈4번 분절		4	
등뼈4번-등뼈5번 분절		4	
등뼈5번-등뼈6번 분절		4	
등뼈6번-등뼈7번 분절		5	
등뼈7번-등뼈8번 분절		6	
등뼈8번-등뼈9번 분절		6	
등뼈9번-등뼈10번 분절		6	
등뼈10번-등뼈11번 분절		9	
등뼈11번-등뼈12번 분절		12	
허리뼈부(요추부)	등뼈12번-허리뼈1번 분절	12	
	허리뼈1번-허리뼈2번 분절	12	
	허리뼈2번-허리뼈3번 분절	14	
	허리뼈3번-허리뼈4번 분절	15	
	허리뼈4번-허리뼈5번 분절	17	
	허리뼈5번-엉치뼈1번 분절	20	
어깨관절	앞위쪽올리기	150	
	옆위쪽올리기	150	
	뒤쪽올리기	40	
	모으기	30	
	안쪽 돌리기	40	
	바깥쪽 돌리기	90	
팔꿈치관절	펴기	0	
	굽히기	150	
	안쪽 돌리기	80	
	바깥쪽 돌리기	80	
손목관절	손등쪽 굽히기	60	
	손바닥쪽 굽히기	70	
	손목의 요골(橈骨: 노뼈)쪽 굽히기(요사위)	20	
	손목의 척골(尺骨: 자뼈)쪽 굽히기(척사위)	30	
손허리손가락관절 (중수지관절)	엄지손가락	펴기	0
		굽히기	60
	둘째 손가락	펴기	0
		굽히기	90

	가운데손가락	펴기 굽히기	0 90
	넷째 손가락	펴기 굽히기	0 90
	새끼손가락	펴기 굽히기	0 90
손가락관절	엄지손가락	펴기 굽히기	0 80
제1손가락관절 (몸쪽 손가락뼈마디관절)	둘째 손가락	펴기 굽히기	0 100
	가운데손가락	펴기 굽히기	0 100
	넷째 손가락	펴기 굽히기	0 100
	새끼손가락	펴기 굽히기	0 100
제2손가락관절 (끝쪽 손가락뼈마디관절)	둘째 손가락	펴기 굽히기	0 70
	가운데손가락	펴기 굽히기	0 70
	넷째 손가락	펴기 굽히기	0 70
	새끼손가락	펴기 굽히기	0 70
엉덩관절	펴기 굽히기 모으기 벌리기(외전) 안쪽 돌리기 바깥쪽 돌리기		30 100 20 40 40 50
무릎관절	펴기 굽히기		0 150
발목관절	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기 바깥쪽 뒤집기 안쪽 뒤집기		20 40 20 30
발허리발가락관절 (중족지관절)	엄지발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	50 30
	둘째 발가락	발등쪽 굽히기	40

		발바닥쪽 굽히기	30
	가운데발가락	발등쪽 굽히기	30
		발바닥쪽 굽히기	20
	넷째 발가락	발등쪽 굽히기	20
발바닥쪽 굽히기		10	
새끼발가락	발등쪽 굽히기	10	
	발바닥쪽 굽히기	10	
발가락관절	엄지발가락	펴기	0
		굽히기	30
제1발가락관절 (몸쪽 발가락뼈마디관절)	둘째 발가락	펴기	0
		굽히기	40
	가운데발가락	펴기	0
		굽히기	40
넷째 발가락	펴기	0	
	굽히기	40	
새끼발가락	펴기	0	
	굽히기	40	

■ 상법

제 651 조(고지의무위반으로 인한 계약해지)

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

■ 상법 시행령

제 44 조의 2(타인의 생명보험)

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 "전자서명"이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

■ 소득세법

제14조(과세표준의 계산)

①~② (생략)

③ 다음 각 호에 따른 소득의 금액은 종합소득과세표준을 계산할 때 합산하지 아니한다.

1. 「조세특례제한법」 또는 이 법 제12조에 따라 과세되지 아니하는 소득
 2. 대통령령으로 정하는 일용근로자(이하 "일용근로자"라 한다)의 근로소득
 3. 제129조제2항의 세율에 따라 원천징수하는 이자소득 및 배당소득과 제16조제1항제10호에 따른 직장공제회 초과반환금
 4. 법인으로 보는 단체 외의 단체 중 수익을 구성원에게 배분하지 아니하는 단체로서 단체명을 표기하여 금융거래를 하는 단체가 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제2조제1호 각 목의 어느 하나에 해당하는 금융회사등(이하 "금융회사등"이라 한다)으로부터 받는 이자소득 및 배당소득
 5. 「조세특례제한법」에 따라 분리과세되는 소득
 6. 제3호부터 제5호까지의 규정 외의 이자소득과 배당소득(제17조제1항제8호에 따른 배당소득은 제외한다)으로서 그 소득의 합계액이 2천만원(이하 "이자소득등의 종합과세기준금액"이라 한다) 이하이면서 제127조에 따라 원천징수된 소득
 7. 해당 과세기간에 대통령령으로 정하는 총수입금액의 합계액이 2천만원 이하인 자의 주택임대소득(이하 "분리과세 주택임대소득"이라 한다). 이 경우 주택임대소득의 산정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
 8. 다음 각 목에 해당하는 기타소득(이하 "분리과세기타소득"이라 한다).
 - 가. 제21조제1항제1호부터 제8호까지, 제8호의2, 제9호부터 제20호까지, 제22호, 제22호의 2 및 제26호에 따른 기타소득(라목 및 마목의 소득은 제외한다)으로서 같은 조 제3항에 따른 기타소득금액이 300만원 이하이면서 제127조에 따라 원천징수(제127조제1항제6호나목에 해당하여 원천징수되지 아니하는 경우를 포함한다)된 소득. 다만, 해당 소득이 있는 거주자가 종합소득과세표준을 계산할 때 그 소득을 합산하려는 경우 그 소득은 분리과세 기타소득에서 제외한다.
 - 나. 제21조제1항제21호에 따른 연금외수령한 기타소득
 - 다. 제21조제1항제27호 및 같은 조 제2항에 따른 기타소득
 - 라. 제21조제1항제2호에 따른 기타소득 중 「복권 및 복권기금법」 제2조에 따른 복권 당첨금
 - 마. 그 밖에 제21조제1항에 따른 기타소득 중 라목과 유사한 소득으로서 대통령령으로 정하는 기타소득
 9. 제20조의3제1항제2호 및 제3호에 따른 연금소득 중 다음 각 목에 해당하는 연금소득(다목의 소득이 있는 거주자가 종합소득 과세표준을 계산할 때 이를 합산하려는 경우는 제외하며, 이하 "분리과세연금소득"이라 한다).
 - 가. 제20조의3제1항제2호가목에 따라 퇴직소득을 연금수령하는 연금소득
 - 나. 제20조의3제1항제2호나목 및 다목의 금액을 의료목적, 천재지변이나 그 밖에 부득이한 사유 등 대통령령으로 정하는 요건을 갖추어 인출하는 연금소득
 - 다. 가목 및 나목 외의 연금소득의 합계액이 연 1천200만원 이하인 경우 그 연금소득
 10. 삭제
- (이하 생략)

제20조의3(연금소득)

① 연금소득은 해당 과세기간에 발생한 다음 각 호의 소득으로 한다.

1. 공적연금 관련법에 따라 받는 각종 연금(이하 "공적연금소득"이라 한다)
2. 다음 각 목에 해당하는 금액을 그 소득의 성격에도 불구하고 연금계좌["연금저축"의 명칭으로 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌(이하 "연금저축계좌"라 한다) 또는 퇴직연금을 지급받기 위하여 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌(이하 "퇴직연금계좌"라 한다)를 말한다. 이하 같다]에서 대통령령으로 정하는 연금형태 등으로 인출(이하 "연금수령"이라 하며, 연금수령 외의 인출은 "연금외수령"이라 한다)하는 경우의 그 연금
- 가. 제146조제2항에 따라 원천징수되지 아니한 퇴직소득

나. 제59조의3제1항에 따라 세액공제를 받은 연금계좌 납입액

다. 연금계좌의 운용실적에 따라 증가된 금액

라. 그 밖에 연금계좌에 이체 또는 입금되어 해당 금액에 대한 소득세가 이연(移延)된 소득으로서 대통령령으로 정하는 소득

3. 제2호에 따른 소득과 유사하고 연금 형태로 받는 것으로서 대통령령으로 정하는 소득

② 공적연금소득은 2002년 1월 1일 이후에 납입된 연금 기여금 및 사용자 부담금(국가 또는 지방자치단체의 부담금을 포함한다. 이하 같다)을 기초로 하거나 2002년 1월 1일 이후 근로의 제공을 기초로 하여 받는 연금소득으로 한다.

③ 연금소득금액은 제1항 각 호에 따른 소득의 금액의 합계액(제2항에 따라 연금소득에서 제외되는 소득과 비과세소득의 금액은 제외하며, 이하 "총연금액"이라 한다)에서 제47조의2에 따른 연금소득공제를 적용한 금액으로 한다.

④ 연금소득의 범위 및 계산방법과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제21조(기타소득)

① 기타소득은 이자소득·배당소득·사업소득·근로소득·연금소득·퇴직소득 및 양도소득 외의 소득으로서 다음 각 호에서 규정하는 것으로 한다.

1. ~ 20. (생략)

21. 제20조의3제1항제2호나목 및 다목의 금액을 그 소득의 성격에도 불구하고 연금외수령한 소득 (이하 생략)

제44조(상속의 경우의 소득금액의 구분 계산)

① 피상속인의 소득금액에 대한 소득세로서 상속인에게 과세할 것과 상속인의 소득금액에 대한 소득세는 구분하여 계산하여야 한다.

② 연금계좌의 가입자가 사망하였으나 그 배우자가 연금외수령 없이 해당 연금계좌를 상속으로 승계하는 경우에는 제1항에도 불구하고 해당 연금계좌에 있는 피상속인의 소득금액은 상속인의 소득금액으로 보아 소득세를 계산한다.

③ 제2항에 따른 연금계좌의 승계방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제47조의2(연금소득공제)

① 연금소득이 있는 거주자에 대해서는 해당 과세기간에 받은 총연금액(분리과세연금소득은 제외하며, 이하 이 항에서 같다)에서 다음 표에 규정된 금액을 공제한다. 다만, 공제액이 900만원을 초과하는 경우에는 900만원을 공제한다.

총연금액	공제액
350만원이하	총연금액
350만원초과 700만원이하	350만원 +(350만원을 초과하는 금액의 100분의 40)
700만원초과 1400만원이하	490만원 +(700만원을 초과하는 금액의 100분의 20)
1400만원초과	630만원 +(1400만원을 초과하는 금액의 100분의 10)

② 제1항에 따른 공제를 "연금소득공제"라 한다.

제51조의3(연금보험료공제)

① 종합소득이 있는 거주자가 공적연금 관련법에 따른 기여금 또는 개인부담금(이하 "연금보험료"라 한다)을 납입한 경우에는 해당 과세기간의 종합소득금액에서 그 과세기간에 납입한 연금보험료를 공제한다.

② 제1항에 따른 공제를 "연금보험료공제"라 한다.

③ 다음 각 호에 해당하는 공제를 모두 합한 금액이 종합소득금액을 초과하는 경우 그 초과하는 금액을 한도로 연금보

혐료공제를 받지 아니한 것으로 본다.

1. 제51조제3항에 따른 인적공제
2. 이 조에 따른 연금보험료공제
3. 제51조의4에 따른 주택담보노후연금 이자비용공제
4. 제52조에 따른 특별소득공제
5. 「조세특례제한법」에 따른 소득공제

제59조의3(연금계좌세액공제)

① 종합소득이 있는 거주자가 연금계좌에 납입한 금액 중 다음 각 호에 해당하는 금액을 제외한 금액(이하 "연금계좌 납입액"이라 한다)의 100분의 12(해당 과세기간에 종합소득과세표준을 계산할 때 합산하는 종합소득금액이 4천 500만 원 이하(근로소득만 있는 경우에는 총급여액 5천 500만원 이하)인 거주자에 대해서는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 연금계좌 중 연금저축계좌에 납입한 금액이 연 600만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하고, 연금저축계좌에 납입한 금액 중 600만원 이내의 금액과 퇴직연금계좌에 납입한 금액을 합한 금액이 연 900만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 한다.

1. 제146조제2항에 따라 소득세가 원천징수되지 아니한 퇴직소득 등 과세가 이연된 소득
2. 연금계좌에서 다른 연금계좌로 계약을 이전함으로써 납입되는 금액

② 제1항에 따른 공제를 "연금계좌세액공제"라 한다.

③ 「조세특례제한법」 제91조의18에 따른 개인종합자산관리계좌의 계약 기간이 만료되고 해당 계좌 잔액의 전부 또는 일부를 대통령령으로 정하는 방법으로 연금계좌로 납입한 경우 그 납입한 금액(이하 이 조에서 "전환금액"이라 한다)을 납입한 날이 속하는 과세기간의 연금계좌 납입액에 포함한다.

④ 전환금액이 있는 경우에는 제1항 각 호 외의 부분 단서에도 불구하고 같은 항을 적용할 때 전환금액의 100분의 10 또는 300만원(직전 과세기간과 해당 과세기간에 걸쳐 납입한 경우에는 300만원에서 직전 과세기간에 적용된 금액을 차감한 금액으로 한다) 중 적은 금액과 제1항 각 호 외의 부분 단서에 따라 연금계좌에 납입한 금액으로 하는 금액을 합한 금액을 초과하는 금액은 없는 것으로 한다.

⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에 따른 연금계좌세액공제의 계산방법, 신청 절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

■ 소득세법 시행령

제20조의2(의료 목적 또는 부득이한 인출의 요건 등)

① 법 제14조제3항제9호나목에서 "의료목적, 천재지변이나 그 밖에 부득이한 사유 등 대통령령으로 정하는 요건을 갖추어 인출하는 연금소득"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여 법 제20조의3제1항제2호에 따른 연금계좌(이하 "연금계좌"라 한다)에서 인출하는 금액을 말한다.

1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사유가 발생하여 연금계좌에서 인출하려는 사람이 해당 사유가 확인된 날부터 6개월 이내에 그 사유를 확인할 수 있는 서류를 갖추어 연금계좌를 취급하는 금융회사 등(이하 "연금계좌취급자"라 한다)에게 제출하는 경우

가. 천재지변

나. 연금계좌 가입자의 사망 또는 「해외이주법」에 따른 해외이주

다. 연금계좌 가입자 또는 그 부양가족[법 제50조에 따른 기본공제대상이 되는 사람(소득의 제한은 받지 아니한다)으로 한정한다]이 질병·부상에 따라 3개월 이상의 요양이 필요한 경우

라. 연금계좌 가입자가 「재난 및 안전관리 기본법」 제66조제1항제2호의 재난으로 15일 이상의 입원 치료가 필요한 피해를 입은 경우

마. 연금계좌 가입자가 「채무자 회생 및 파산에 관한 법률」에 따른 파산의 선고 또는 개인회생절차개시의 결정을 받

은 경우

바. 연금계좌취급자의 영업정지, 영업 인·허가의 취소, 해산결의 또는 파산선고

2. 제40조의2제3항제1호 및 제2호를 충족한 연금계좌 가입자가 제118조의5제1항 및 제2항에 따른 의료비(본인을 위한 의료비에 한정한다)를 연금계좌에서 인출하기 위하여 해당 의료비를 지급한 날부터 6개월 이내에 기획재정부령으로 정하는 증명서류를 연금계좌취급자에게 제출하는 경우

② 제1항제1호다목 및 라목에 따라 인출하는 금액은 제118조의5제1항 및 제2항에 따른 의료비, 간병인 비용, 보건복지부 장관이 고시하는 최저생계비 등을 고려하여 기획재정부령으로 정하는 금액 이내의 금액으로 한정한다.

③ 제1항제2호에 따라 의료비를 인출하는 경우에는 1명당 하나의 연금계좌만 의료비연금계좌로 지정(해당 연금계좌의 연금계좌취급자가 지정에 동의하는 경우에 한정한다)하여 인출할 수 있다.

④ 연금계좌취급자는 제1항제1호 및 제2호에 따라 제출받은 증명서류를 해당 인출에 대한 원천징수세액 납부기한의 다음 날부터 5년간 보관하여야 한다.

⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에서 정한 사항 외에 연금계좌 인출의 절차 등에 필요한 사항은 기획재정부령으로 정한다.

제40조의2(연금계좌 등)

① 법 제20조의3제1항제2호 각 목 외의 부분에서 "연금저축"의 명칭으로 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌란 제1호에 해당하는 계좌를 말하고, "퇴직연금을 지급받기 위하여 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌"란 제2호에 해당하는 계좌를 말한다.

1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금융회사 등과 체결한 계약에 따라 "연금저축"이라는 명칭으로 설정하는 계좌(이하 "연금저축계좌"라 한다)

가. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제12조에 따라 인가를 받은 신탁업자와 체결하는 신탁계약

나. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제12조에 따라 인가를 받은 투자중개업자와 체결하는 집합투자증권 중개계약

다. 제25조제2항에 따른 보험계약을 취급하는 기관과 체결하는 보험계약

2. 퇴직연금을 지급받기 위하여 가입하여 설정하는 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 계좌(이하 "퇴직연금계좌"라 한다)

가. 「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제9호의 확정기여형퇴직연금제도에 따라 설정하는 계좌

나. 「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제10호의 개인형퇴직연금제도에 따라 설정하는 계좌

다. 「근로자퇴직급여 보장법」에 따른 중소기업퇴직연금기금제도에 따라 설정하는 계좌

라. 「과학기술인공제회법」 제16조제1항에 따른 퇴직연금급여를 지급받기 위하여 설정하는 계좌

② 연금계좌의 가입자가 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 경우 법 제59조의3제1항에 따른 연금계좌 납입액(제118조의3에 따라 연금계좌에 납입한 것으로 보는 금액을 포함하며, 이하 "연금보험료"라 한다)으로 볼 수 있다.

1. 다음 각 목의 금액을 합한 금액 이내(연금계좌가 2개 이상인 경우에는 그 합계액을 말한다)의 금액을 납입할 것. 이 경우 해당 과세기간 이전의 연금보험료는 납입할 수 없으나, 보험계약의 경우에는 최종납입일이 속하는 달의 말일부터 3년 2개월이 경과하기 전에는 그 동안의 연금보험료를 납입할 수 있다.

가. 연간 1천800만원

나. 법 제59조의3제3항에 따른 전환금액[「조세특례제한법」 제91조의18에 따른 개인종합자산관리계좌(이하 "개인종합자산관리계좌"라 한다)의 계약기간 만료일 기준 잔액을 한도로 개인종합자산관리계좌에서 연금계좌로 납입한 금액을 말한다. 다만, 직전 과세기간과 해당 과세기간에 걸쳐 납입한 경우에는 개인종합자산관리계좌의 계약기간 만료일 기준 잔액에서 직전 과세기간에 납입한 금액을 차감한 금액을 한도로 개인종합자산관리계좌에서 연금계좌로 납입한 금액을 말한다]

다. 국내에 소유한 주택(이하 이 조에서 "연금주택"이라 한다)을 양도하고 이를 대체하여 다른 주택(이하 이 조에서 "축소주택"이라 한다)을 취득하거나 취득하지 않은 거주자로서 다음의 요건을 모두 충족하는 거주자가 연금주택 양도가액에서 축소주택 취득가액(취득하지 않은 경우에는 0으로 한다)을 뺀 금액(해당 금액이 0보다 작은 경

우에는 0으로 하며, 이하 이 조에서 "주택차액"이라 한다) 중 연금계좌로 납입하는 금액. 이 경우 거주자가 연금계좌로 납입하는 주택차액의 총 누적 금액은 1억원을 한도로 한다.

- 1) 연금주택 양도일 현재 거주자 또는 그 배우자가 60세 이상일 것
- 2) 연금주택 양도일 현재 거주자 및 그 배우자가 국내에 소유한 주택을 합산했을 때 연금주택 1주택만 소유하고 있을 것. 다만, 연금주택을 양도하기 전에 축소주택을 취득한 경우로서 축소주택을 취득한 날부터 6개월 이내에 연금주택을 양도한 경우에는 연금주택 양도일 현재 연금주택 1주택만 소유하고 있는 것으로 본다.
- 3) 연금주택 양도일 현재 연금주택의 법 제99조에 따른 기준시가가 12억원 이하일 것
- 4) 축소주택의 취득가액이 연금주택의 양도가액 미만일 것(축소주택을 취득한 경우에만 해당한다)
- 5) 연금주택 양도일로부터 6개월 이내에 주택차액을 연금주택 소유자의 연금계좌로 납입할 것

2. 연금수령 개시를 신청한 날(연금수령 개시일을 사전에 약정한 경우에는 약정에 따른 개시일을 말한다) 이후에는 연금보험료를 납입하지 않을 것

③ 법 제20조의3제1항제2호 각 목 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 연금형태 등으로 인출"이란 연금계좌에서 다음 각 호의 요건을 모두 갖추어 인출하거나 제20조의2제1항에 따라 인출(이하 "연금수령"이라 하며, 연금수령 외의 인출은 "연금외수령"이라 한다)하는 것을 말한다. 다만, 법 제20조의3제1항제2호가목의 퇴직소득을 제20조의2제1항제1호나목에 따른 해외이주에 해당하는 사유로 인출하는 경우에는 해당 퇴직소득을 연금계좌에 입금한 날부터 3년 이후 해외이주하는 경우에 한정하여 연금수령으로 본다.

1. 가입자가 55세 이후 연금계좌취급자에게 연금수령 개시를 신청한 후 인출할 것
2. 연금계좌의 가입일부터 5년이 경과된 후에 인출할 것. 다만, 법 제20조의3제1항제2호가목에 따른 금액(퇴직소득이 연금계좌에서 직접 인출되는 경우를 포함하며, 이하 "이연퇴직소득"이라 한다)이 연금계좌에 있는 경우에는 그러하지 아니한다.
3. 과세기간 개시일(연금수령 개시를 신청한 날이 속하는 과세기간에는 연금수령 개시를 신청한 날로 한다) 현재 다음의 계산식에 따라 계산된 금액(이하 "연금수령한도"라 한다) 이내에서 인출할 것. 이 경우 제20조의2제1항에 따라 인출한 금액은 인출한 금액에 포함하지 아니한다.

연금계좌의 평가액	120	
—————	×	—————
(11 - 연금수령연차)		100

④ 제3항제3호의 계산식에서 "연금수령연차"란 최초로 연금수령할 수 있는 날이 속하는 과세기간을 기산연차로 하여 그 다음 과세기간을 누적 합산한 연차를 말하며, 연금수령연차가 11년 이상인 경우에는 그 계산식을 적용하지 아니한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우의 기산연차는 다음 각 호를 따른다.

1. 2013년 3월 1일 전에 가입한 연금계좌[2013년 3월 1일 전에 「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제8호에 따른 확정급여형퇴직연금제도(이하 "확정급여형퇴직연금제도"라 한다)에 가입한 사람이 퇴직하여 퇴직소득 전액이 새로 설정된 연금계좌로 이체되는 경우를 포함한다]의 경우: 6년차
2. 법 제44조제2항에 따라 연금계좌를 승계한 경우: 사망일 당시 피상속인의 연금수령연차

⑤ 연금계좌에서 연금수령한도를 초과하여 인출하는 금액은 연금외수령하는 것으로 본다.

⑥ 연금계좌 가입자가 연금수령개시 또는 연금계좌의 해지를 신청하는 경우 연금계좌취급자는 기획재정부령으로 정하는 연금수령개시 및 해지명세서를 다음 달 10일까지 관할 세무서장에게 제출하여야 한다.

⑦ 거주자는 주택차액을 연금계좌에 납입하려는 경우 기획재정부령으로 정하는 신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 연금계좌취급자에게 제출해야 한다.

1. 연금주택 매매계약서
2. 축소주택 매매계약서(축소주택을 매입한 경우만 해당한다)
3. 그 밖에 기획재정부령으로 정하는 서류

⑧ 거주자가 주택차액을 연금계좌에 납입한 후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하게 된 경우에는 그 납입일부터 연금계좌에 납입한 금액 전액을 연금보험료로 보지 않는다.

1. 주택차액을 연금계좌에 납입할 당시 제2항제1호다목의 요건을 충족하지 못한 사실이 확인된 경우
 2. 주택차액을 연금계좌에 납입한 날부터 5년 이내에 주택을 새로 취득한 경우로서 연금주택의 양도가액에서 새로 취득한 주택의 취득가액을 뺀 금액이 연금계좌에 납입한 금액보다 작은 경우
- ⑨ 국세청장은 주택차액을 연금계좌에 납입한 거주자가 제8항 각 호에 해당하는지 여부를 확인한 후 그에 해당하는 사람이 있으면 그 사실을 매년 2월 말일까지 해당 연금계좌취급자에게 통보해야 하고, 연금계좌취급자는 이를 해당 거주자에게 통보해야 한다.
- ⑩ 연금계좌취급자는 제9항에 따른 통보를 받은 경우 제8항에 따라 연금보험료로 보지 않는 주택차액 연금계좌 납입금과 관련하여 그 운용실적에 따라 증가된 금액(이하 이 항에서 "운용수익"이라 한다)에 대해 연금보험료로 보지 않았더라면 원천징수했어야 할 세액(이미 원천징수한 세액이 있는 경우에는 이를 공제한 금액을 말한다)을 즉시 징수한 후 그 징수일이 속하는 달의 다음 달 10일까지 원천징수 관할 세무서장에게 납부해야 하고, 해당 연금계좌에 남아 있는 주택차액 납입금과 운용수익 잔액을 거주자에게 반환해야 한다. 이 경우 반환받은 운용수익은 그 원천징수일이 속하는 과세기간의 종합소득과세표준을 계산할 때 법 제14조에 따라 합산한다.
- ⑪ 1주택을 둘 이상의 거주자가 공동으로 소유하고 있는 경우에는 지분비율만큼 각각 1주택을 소유한 것으로 보아 제2항제1호다목 및 제7항부터 제10항까지의 규정을 적용한다. 다만, 1주택을 거주자와 그 배우자가 공동으로 소유하고 있는 경우에는 함께 1주택을 소유한 것으로 보아 제2항제1호다목2)를 적용한다.
- ⑫ 제11항을 적용할 때 제2항제1호다목3)에 따른 기준시가는 주택의 소유 지분에도 불구하고 해당 주택 전체에 대한 기준시가를 말하며, 주택의 소유 지분을 양도하거나 취득하는 경우 같은 목 4)에 따른 양도가액 및 취득가액은 해당 주택 전체를 기준으로 한 가액으로서 기획재정부령으로 정하는 바에 따라 계산한 가액으로 한다.
- (이하 생략)

제40조의3(연금계좌의 인출순서 등)

- ① 연금계좌에서 일부 금액이 인출되는 경우에는 다음 각 호의 금액이 순서에 따라 인출되는 것으로 본다.
1. 법 제20조의3제1항제2호 각 목에 해당하지 아니하는 금액(이하 "과세제외금액"이라 한다)
 2. 이연퇴직소득
 3. 법 제20조의3제1항제2호나목부터 라목까지의 규정에 따른 금액
- ② 과세제외금액은 다음 각 호의 순서에 따라 인출되는 것으로 본다. 다만, 제4호는 제201조의10에 따라 확인되는 금액만 해당하며, 확인되는 날부터 과세제외금액으로 본다.
1. 인출된 날이 속하는 과세기간에 해당 연금계좌에 납입한 연금보험료(제2호에 해당하는 금액은 제외한다)
 2. 인출된 날이 속하는 과세기간에 해당 연금계좌에 납입한 법 제59조의3제3항에 따른 전환금액
 3. 해당 연금계좌만 있다고 가정할 때 해당 연금계좌에 납입된 연금보험료로서 법 제59조의3제1항 단서에 따른 연금계좌세액공제의 한도액(이하 이 조에서 "연금계좌세액공제 한도액"이라 한다)을 초과하는 금액이 있는 경우 그 초과하는 금액
 4. 제1호부터 제3호까지에서 정한 금액 외에 해당 연금계좌에 납입한 연금보험료 중 연금계좌세액공제를 받지 아니한 금액
- ③ 인출된 금액이 연금수령한도를 초과하는 경우에는 연금수령분이 먼저 인출되고 그 다음으로 연금외수령분이 인출되는 것으로 본다.
- ④ 연금계좌에 납입한 연금보험료 중 연금계좌세액공제 한도액 이내의 연금보험료는 납입일이 속하는 과세기간의 다음 과세기간 개시일(납입일이 속하는 과세기간에 연금수령 개시를 신청한 날이 속하는 경우에는 연금수령 개시를 신청한 날)부터 제1항제3호 중 법 제20조의3제1항제2호나목에 따른 세액공제를 받은 금액으로 본다.
- ⑤ 연금계좌의 운용에 따라 연금계좌에 있는 금액이 원금에 미달하는 경우 연금계좌에 있는 금액은 원금이 제1항에 따른 인출순서와 반대의 순서로 차감된 후의 금액으로 본다.

제40조의4(연금계좌의 이체)

- ① 연금계좌에 있는 금액이 연금수령이 개시되기 전의 다른 연금계좌로 이체되는 경우에는 이를 인출로 보지 아니한다.

다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니한다.

1. 연금저축계좌와 퇴직연금계좌 상호 간에 이체되는 경우
 2. 2013년 3월 1일 이후에 가입한 연금계좌에 있는 금액이 2013년 3월 1일 전에 가입한 연금계좌로 이체되는 경우
 3. 퇴직연금계좌에 있는 일부 금액이 이체되는 경우
- ② 제1항 단서 및 같은 항 제1호에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 인출로 보지 아니한다.
1. 제40조의2제3항제1호 및 제2호의 요건을 갖춘 연금저축계좌의 가입자가 제40조의2제1항제2호나목에 해당하는 퇴직연금계좌로 전액을 이체(연금수령이 개시된 경우를 포함한다)하는 경우
 2. 제40조의2제3항제1호 및 제2호의 요건을 갖춘 퇴직연금계좌(제40조의2제1항제2호나목에 해당하는 경우에 한정한다)의 가입자가 연금저축계좌로 전액을 이체(연금수령이 개시된 경우를 포함한다)하는 경우
- ③ 제1항을 적용할 때 일부 금액이 이체(제1항제3호의 경우를 제외한다)되는 경우에는 제40조의3제1항 각 호의 순서에 따라 이체되는 것으로 본다.
- ④ 제1항 및 제2항을 적용할 때 연금계좌의 가입일 등은 이체받은 연금계좌를 기준으로 이 영을 적용한다. 다만, 연금계좌가 새로 설정되어 전액이 이체되는 경우에는 이체되기 전의 연금계좌를 기준으로 할 수 있다.
- ⑤ 연금계좌의 이체에 따라 연금계좌취급자가 변경되는 경우에는 이체하는 연금계좌취급자가 이체와 함께 기획재정부령으로 정하는 연금계좌이체명세서를 이체받는 연금계좌취급자에게 통보하여야 한다.

제100조의2(연금계좌의 승계 등)

- ① 법 제44조제2항에 따라 상속인이 연금계좌를 승계하는 경우 해당 연금계좌의 소득금액을 승계하는 날에 그 연금계좌에 가입한 것으로 본다. 다만, 제40조의2제3항제2호의 연금계좌의 가입일은 피상속인의 가입일로 하여 적용한다.
- ② 법 제44조제2항에 따라 연금계좌를 승계하려는 상속인은 피상속인이 사망한 날이 속하는 달의 말일부터 6개월 이내에 연금계좌취급자에게 승계신청을 하여야 한다. 이 경우 상속인은 피상속인이 사망한 날부터 연금계좌를 승계한 것으로 본다.
- ③ 제2항 전단에 따른 승계신청을 받은 연금계좌 취급자는 사망일부터 승계신청일까지 인출된 금액에 대하여 이를 피상속인이 인출한 소득으로 보아 이미 원천징수된 세액과 상속인이 인출한 금액에 대한 세액과의 차액이 있으면 세액을 정산하여야 한다.
- ④ 연금계좌의 가입자가 사망하였으나 제2항 전단에 따른 승계신청을 하지 아니한 경우에는 사망일 현재 다음 각 호의 합계액을 인출하였다고 보아 계산한 세액에서 사망일(연금계좌취급자가 확인한 날을 말하며, 사망확인일이 승계신청기한 이전인 경우에는 신청기한의 말일로 하고, 상속인이 신청기한이 지나기 전에 인출하는 경우에는 인출하는 날을 말한다. 이하 이 항에서 같다)까지 이미 원천징수된 세액을 뺀 금액을 피상속인의 소득세로 한다.
 1. 사망일부터 사망확인일까지 인출한 소득
 2. 사망확인일 현재 연금계좌에 있는 소득

■ 신문 등의 진흥에 관한 법률

제2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "신문"이란 정치·경제·사회·문화·산업·과학·종교·교육·체육 등 전체 분야 또는 특정 분야에 관한 보도·논평·여론 및 정보 등을 전파하기 위하여 같은 명칭으로 월 2회 이상 발행하는 간행물로서 다음 각 목의 것을 말한다.
 - 가. 일반일간신문: 정치·경제·사회·문화 등에 관한 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매일 발행하는 간행물
 - 나. 특수일간신문: 산업·과학·종교·교육 또는 체육 등 특정 분야(정치를 제외한다)에 국한된 사항의 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매일 발행하는 간행물

다. 일반주간신문: 정치·경제·사회·문화 등에 관한 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매주 1회 발행하는 간행물(주 2회 또는 월 2회 이상 발행하는 것을 포함한다)

라. 특수주간신문: 산업·과학·종교·교육 또는 체육 등 특정 분야(정치는 제외한다)에 국한된 사항의 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매주 1회 발행하는 간행물(주 2회 또는 월 2회 이상 발행하는 것을 포함한다)

(이하 생략)

제 9 조(등록)

① 신문을 발행하거나 인터넷신문 또는 인터넷뉴스서비스를 전자적으로 발행하려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 주사무소 소재지를 관할하는 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사 또는 특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다)에게 등록하여야 한다. 등록된 사항이 변경된 때에도 또한 같다. 다만, 국가 또는 지방자치단체가 발행 또는 관리하거나 법인이나 그 밖의 단체 또는 기관이 그 소속원에게 보급할 목적으로 발행하는 경우와 대통령령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1.~8.(생략)

9. 주된 보급대상 및 보급지역(신문에 한정한다)

(이하 생략)

■ 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

제 32 조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 서면

2. 「전자서명법」 제 2 조제 2 호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제 2 조제 1 호에 따른 전자문서를 말한다)

3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동意的 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식

4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.

5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

(이하 생략)

제 33 조(개인신용정보의 이용)

① 개인신용정보는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 이용하여야 한다.

1. 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로 이용하는 경우

2. 제 1 호의 목적 외의 다른 목적으로 이용하는 것에 대하여 신용정보주체로부터 동의를 받은 경우

3. 개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한다)를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그 구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)

4. 제 32 조 제 6 항 각 호의 경우

5. 그 밖에 제 1 호부터 제 4 호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
- ② 신용정보회사등이 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집·조사하거나 제 3자에게 제공하려면 미리 제 32 조 제 1 항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

■ 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

제 28 조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

- ① 삭제
- ② 신용정보제공·이용자는 법 제 32 조제 1 항 각 호 외의 부분 본문에 따라 해당 신용정보주체로부터 동의를 받으면 다음 각 호의 사항을 미리 알려야 한다. 다만, 동의 방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.
1. 개인신용정보를 제공받는 자
 2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
 3. 제공하는 개인신용정보의 내용
 4. 개인신용정보를 제공받는 자(개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관은 제외한다)의 정보 보유 기간 및 이용 기간
 5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- (이하 생략)

제 28 조의 2(개인신용정보의 이용)

- 법 제 33 조제 2 항에서 “대통령령으로 정하는 목적” 이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 업무를 수행하기 위해 필요한 경우 해당 각 호의 자가 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 그 업무와 관련하여 이용하기 위한 목적을 말한다.
1. 「보험업법」 제 2 조제 6 호에 따른 보험회사가 수행하는 같은 조 제 2 호에 따른 보험업 또는 같은 법 제 11 조의 2 에 따른 부수업무로서 개인의 건강 유지·증진 또는 질병의 사전예방 및 악화 방지 등의 목적으로 수행하는 업무
- (이하 생략)

■ 약사법

제 2 조(정의)

- 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
1. "약사(藥事)"란 의약품·의약외품의 제조·조제·감정(鑑定)·보관·수입·판매[수여(授與)]를 포함한다. 이하 같다]와 그 밖의 약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
 2. "약사(藥師)"란 한약에 관한 사항 외의 약사(藥事)에 관한 업무(한약제제에 관한 사항을 포함한다)를 담당하는 자로서, "한약사"란 한약과 한약제제에 관한 약사(藥事) 업무를 담당하는 자로서 각각 보건복지부장관의 면허를 받은 자를 말한다.
 3. "약국"이란 약사나 한약사가 수여할 목적으로 의약품 조제 업무[약국제제(藥局製劑)]를 포함한다]를 하는 장소(그 개설자가 의약품 판매업을 겸하는 경우에는 그 판매업에 필요한 장소를 포함한다)를 말한다. 다만, 의료기관의 조제실은 예외로 한다.
 4. "의약품"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 물품을 말한다.
 - 가. 대한민국약전(大韓民國藥典)에 실린 물품 중 의약외품이 아닌 것

- 나. 사람이나 동물의 질병을 진단·치료·경감·처치 또는 예방할 목적으로 사용하는 물품 중 기구·기계 또는 장치가 아닌 것
- 다. 사람이나 동물의 구조와 기능에 약리학적(藥理的) 영향을 줄 목적으로 사용하는 물품 중 기구·기계 또는 장치가 아닌 것
- 5. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다. (이하 생략)

■ 응급의료에 관한 법률

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "응급환자"란 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 그 밖의 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 위해(危害)가 발생할 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 사람을 말한다.
2. "응급의료"란 응급환자가 발생한 때부터 생명의 위험에서 회복되거나 심신상의 중대한 위해가 제거되기까지의 과정에서 응급환자를 위하여 하는 상담·구조(救助)·이송·응급처치 및 진료 등의 조치를 말한다.
3. "응급처치"란 응급의료행위의 하나로서 응급환자의 기도를 확보하고 심장박동의 회복, 그 밖에 생명의 위험이나 증상의 현저한 악화를 방지하기 위하여 긴급히 필요로 하는 처치를 말한다.
4. "응급의료종사자"란 관계 법령에서 정하는 바에 따라 취득한 면허 또는 자격의 범위에서 응급환자에 대한 응급의료를 제공하는 의료인과 응급구조사를 말한다.
5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제 3 조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

(이하 생략)

제 35 조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)

- ① 이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다.
- ② 시장·군수·구청장은 제 1 항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다.

■ 응급의료에 관한 법률 시행규칙

제 2 조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제 2 조 제 1 호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 별표 1 의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제 1 호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

제 18 조의 3(응급환자의 중증도 분류 등)

- ① 응급의료기관의 장은 법 제 31 조의 4 제 1 항에 따라 응급실의 입구에 환자분류소를 설치하여 보건복지부장관이 정하는 교육을 이수한 의사, 간호사 또는 1 급 응급구조사가 응급환자 등의 중증도를 분류하고, 감염병 의심환자 등을 선별하도록 해야 한다.

② 제 1 항에 따라 응급환자 등의 중증도를 분류하거나 감염병 의심환자 등을 선별할 때에는 환자의 주요증상, 활력징후(호흡, 맥박, 혈압, 체온), 의식 수준, 손상 기전, 통증 정도 등을 고려해야 하며 그 세부적인 기준·방법 및 절차 등은 보건복지부장관이 고시하는 한국 응급환자 중증도 분류기준에 따른다.

■ 의료급여법

제 7 조(의료급여의 내용 등)

- ① 이 법에 따른 수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여의 내용은 다음 각 호와 같다.
 - 1. 진찰·검사
 - 2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
 - 3. 처치·수술과 그 밖의 치료
 - 4. 예방·재활
 - 5. 입원
 - 6. 간호
 - 7. 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치
- ② 제 1 항에 따른 의료급여의 방법·절차·범위·한도 등 의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정하고, 의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장관이 정한다.
- ③ 보건복지부장관은 제 2 항에 따라 의료급여의 기준을 정할 때에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할 수 있다.

제 10 조(급여비용의 부담)

급여비용은 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 전부 또는 일부를 제 25 조에 따른 의료급여기금에서 부담하되, 의료급여기금에서 일부를 부담하는 경우 그 나머지 비용은 본인이 부담한다.

제 15 조(의료급여의 제한)

- ① 시장·군수·구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다. 다만, 보건복지부장관이 의료급여를 할 필요가 있다고 인정하는 경우에는 그러하지 아니하다.
 - 1. 수급권자가 자신의 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으켜 의료급여가 필요하게 된 경우
 - 2. 수급권자가 정당한 이유 없이 이 법의 규정이나 의료급여기관의 진료에 관한 지시에 따르지 아니한 경우
- ② 의료급여기관은 수급권자가 제 1 항 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 수급권자의 거주지를 관할하는 시장·군수·구청장에게 알려야 한다.

제 17 조(의료급여의 중지 등)

- ① 시장·군수·구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 의료급여를 중지하여야 한다.
 - 1. 수급권자에 대한 의료급여가 필요 없게 된 경우
 - 2. 수급권자가 의료급여를 거부한 경우
- ② 시장·군수·구청장은 수급권자가 의료급여를 거부한 경우에는 수급권자가 속한 가구원 전부에 대하여 의료급여를 중지하여야 한다.
- ③ 시장·군수·구청장은 제 1 항에 따라 의료급여를 중지하였을 때에는 서면으로 그 이유를 밝혀 수급권자에게 알려야 한다.

■ 의료급여법 시행령

제 13 조(급여비용의 부담)

- ① 법 제 10 조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1 과 같다.
 - 1. 삭제
 - 2. 삭제
- ② 삭제
- ③ 제 1 항의 규정에 불구하고 법 제 15 조제 1 항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다.
- ④ 제 1 항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제 3 항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다.
- ⑤ 제 4 항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제 1 호라목·마목, 같은 표 제 2 호마목·바목 및 같은 표 제 3 호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매 30 일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100 분의 50 에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2 천원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다.
 - 1. 1 종수급권자 : 2 만원
 - 2. 2 종수급권자 : 20 만원
- ⑥ 급여대상 본인부담금에서 제 5 항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2 천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다.
 - 1. 1 종수급권자 : 매 30 일간 5 만원
 - 2. 2 종수급권자 : 연간 80 만원. 다만, 「의료법」 제 3 조제 2 항제 3 호라목에 따른 요양병원에 연간 240 일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120 만원으로 한다.
- ⑦ 시장·군수·구청장은 수급권자가 제 6 항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다.

[별표 1]

의료급여기금에서 부담하는 급여비용의 범위

- 1. 1 종수급권자에 대해서는 다음 각 목의 구분에 따른 부담액 또는 부담률
- 가. 의료급여기관 및 의료급여의 내용에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위

의료급여 기관	의료급여의 내용		기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
1) 법 제9조 제2항제 1호가목에 해당하는 제1차의료급여기관	가) 외래 진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제 8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

및 같은 호 나목의 제1차 의료급여 기관 중 보건의료원		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기 공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 95. 다만, 법 제7조제1항제2호의 약제(이하 "약제"라 한다)는 급여비용총액에서 「국민건강보험법 시행령」 제22조제1항 각 호 외의 부분 후단에 따른 구입금액(이하 "구입금액"이라 한다)의 100분의 5에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액 전부
2) 법 제9조 제2항제 2호에 따른 제 2차의료 급여기관	가) 외래 진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제 8365호 약사법 전부개정법을 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 2,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기 공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 95. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 5에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액 전부
3) 법 제9조 제2항제 3호에 따른 제 3차의료 급여기관	가) 외래 진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제 8365호 약사법 전부개정법을 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 2,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

	(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료료	급여비용총액의 100분의 95. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 5에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
	(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 2,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료	급여비용총액 전부
4) 법 제9조 제2항제 1호의 제1차의료급여기관 중 보건소·보건지소 및 보건진료소	외래·입원진료	급여비용총액 전부
5) 법 제9조 제2항제 1호의 제1차의료급여기관 중 약국 및 한국희귀의약품센터	가) 보건소·보건지소 및 보건진료소가 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우	급여비용총액 전부
	나) 의료기관 및 보건의료원이 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우	급여비용총액에서 처방전 1매당 500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	다) 약사가 「약사법」 제23조제3항 단서에 따라 처방전에 의하지 아니하고 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 약국 1회 방문당 900원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

비고: 위 표 1)가)(1), 2)가)(1) 및 3)가)(1)의 경우로서 처방전을 함께 발행하는 경우에는 각각 위 표 1)가)(3), 2)가)(3) 및 3)가)(3)의 급여비용에 해당하는 금액을 기금에서 부담한다.

(중략)

라. 가목 1)부터 4)까지 및 다목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 틀니를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

마. 가목 1)부터 4)까지 및 다목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 치과임플란트를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 90을 기금에서 부담한다.

(중략)

2.2 중수급권자에 대해서는 다음 각 목의 구분에 따른 부담액 또는 부담률

가. 의료급여기관 및 의료급여의 내용에 따른 기금에서 부담하는 급여비용의 범위

의료급여기관	의료급여의 내용	기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
--------	----------	---------------------

1) 법 제9조제2항 제1호가목에 해당하는 제1차의료급여기관 및 같은 호 나목의 제1차의료급여기관 중 보건의료원	가) 외래 진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제 8365호 약사법 전부개정법을 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료	급여비용총액의 100분의 90. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 10에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.	
2) 법 제9조제2항 제2호에 따른 제2차의료급여기관	가) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 만성질환자에 대한 그 질환의 외래진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법을 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 그 밖의 외래진료	급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.	
	다) 입원진료	급여비용총액의 100분의 90. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 10에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부	

		로 한다.
3) 법 제9조제2항 제3호에 따른 제3차의료급여 기관	가) 외래진료	급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입 금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
	나) 입원진료	급여비용총액의 100분의 90. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입 금액의 100분의 10에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
4) 법 제9조제2항 제1호의 제1차 의료급여기관 중 보건소·보건지소 및 보건진료소	외래·입원 진료	급여비용총액 전부
5) 법 제9조제2항 제1호의 제1차 의료급여기관 중 약국 및 한 국희귀의약품 센터	가) 보건소·보건지소 및 보건진료소가 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우	급여비용총액 전부
	나) 의료기관 및 보건의료원이 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우	급여비용총액에서 처방전 1매당 500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	다) 약사가 「약사법」 제23조제3항 단서에 따라 처방전에 의하지 아니하고 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 약국 1회 방문당 900원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

비고: 위 표 1)가)(1) 및 2)가)(1)의 경우로서 처방전을 함께 발행하는 경우에는 각각 위 표 1)가)(3) 및 2)가)(3)의 급여비용에 해당하는 금액을 기금에서 부담한다.

(중략)

마. 가목 1)부터 4)까지 및 라목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 틀니를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 85를 기금에서 부담한다.

바. 가목 1)부터 4)까지 및 라목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 치과임플란트를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 80을 기금에서 부담한다.

(중략)

3. 제 1 호 및 제 2 호에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 각 목에서 정하는 금액을 기금에서 부담한다.

가. 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제 4 호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여 항목을 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 100 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 기금에서 부담한다.

나. 「의료법」 제 3 조제 2 항제 3 호에 따른 병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제 58 조제 1 항제 4 호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제 3 조의 2 의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다. 이하 같다)·정신병원·종합병원 및 같은 법 제 3 조의 4 에 따라 지정된 상급종합병원에서 「국민건강보험법」 제 43 조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2 인실·3 인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 다음의 기준을 따른다.

- 1) 상급종합병원 2 인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100 분의 50 을, 3 인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100 분의 60 을 각각 의료급여기금에서 부담한다.
- 2) 병원·한방병원·요양병원·정신병원·종합병원 2 인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100 분의 60 을, 3 인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100 분의 70 을 각각 의료급여기금에서 부담한다.

다. 법 제 7 조제 2 항에 따라 보건복지부령으로 정하는 상한일수를 초과하여 의료급여를 받은 수급권자로서 보건복지부령으로 정하는 승인을 얻지 않은 수급권자에게 실시하는 의료급여에 대해서는 다음의 구분에 따른 금액을 기금에서 부담한다. 다만, 제 1 호가목 4) 및 제 2 호가목 4)의 의료급여기관에서 받는 외래·입원진료와 제 1 호가목 5)가) 및 제 2 호가목 5)가)에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.

- 1) 외래진료의 경우에는 급여비용총액의 100 분의 70
- 2) 입원진료의 경우에는 급여비용총액의 100 분의 80
- 3) 제 1 호가목 5)나)·다) 및 제 2 호가목 5)나)·다)의 경우에는 급여비용총액의 100 분의 70

라. 다목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 의료급여를 실시하는 경우에는 다음의 구분에 따른 금액을 기금에서 부담한다.

- 1) 1 종수급권자에 대해서는 추나요법 급여비용의 100 분의 70
- 2) 2 종수급권자에 대해서는 추나요법 급여비용의 100 분의 60
- 3) 1) 및 2)에도 불구하고 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 추나요법 급여비용의 100 분의 20

■ 의료법

제 2 조(의료인)

① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사를 말한다.
 ② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.

1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
4. 조산사는 조산(助産)과 임신부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.
5. 간호사는 다음 각 목의 업무를 임무로 한다.
 - 가. 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호
 - 나. 의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조
 - 다. 간호 요구자에 대한 교육·상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행, 그 밖의 대통령령으로 정하는 보건활동
- 라. 제 80 조에 따른 간호조무사가 수행하는 가목부터 다목까지의 업무보조에 대한 지도

제 3 조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제 58 조제 1 항제 4 호에 따른 의료재활시설로서 제 3 조의 2 의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제 2 항제 1 호부터 제 3 호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제 3 조의 3(종합병원)

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100 개 이상의 병상을 갖춘 것
 2. 100 병상 이상 300 병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3 개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제 1 항 제 2 호 또는 제 3 호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제 3 조의 4(상급종합병원 지정)

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제 77 조제 1 항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제 1 항에 따른 지정을 하는 경우 제 1 항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

- ③ 보건복지부장관은 제 1 항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제 2 항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제 2 항 및 제 3 항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제 5 조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제 9 조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
 - 1. 「고등교육법」 제 11 조의 2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 - 2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
 - 3. 외국의 제 1 호나 제 2 호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제 9 조에 따른 예비시험에 합격한 자
- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제 1 항제 1 호 및 제 2 호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
- ③ 제 1 항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제 1 호 및 제 2 호의 자격을 가진 사람으로 본다.

제 33 조(개설 등)

- ① 의료인은 이 법에 따른 의료기관을 개설하지 아니하고는 의료업을 할 수 없으며, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 외에는 그 의료기관 내에서 의료업을 하여야 한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>
 - 1. 「응급의료에 관한 법률」 제 2 조제 1 호에 따른 응급환자를 진료하는 경우
 - 2. 환자나 환자 보호자의 요청에 따라 진료하는 경우
 - 3. 국가나 지방자치단체의 장이 공익상 필요하다고 인정하여 요청하는 경우
 - 4. 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 가정간호를 하는 경우
 - 5. 그 밖에 이 법 또는 다른 법령으로 특별히 정한 경우나 환자가 있는 현장에서 진료를 하여야 하는 부득이한 사유가 있는 경우
 (이하 생략)

제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

- ① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.
- ② 위원회는 위원장 1 명을 포함하여 20 명 이내의 위원으로 구성한다.
- ③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제 1 호 또는 제 2 호의 자 중에서 임명한다.
 - 1. 제 28 조제 1 항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
 - 2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
 - 3. 소비자단체에서 추천하는 자
 - 4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자

- 5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원
- ④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.
- ⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.
- ⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.
- ⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

■ **의료법 시행규칙**

제 24 조(가정간호)

- ① 법 제 33 조제 1 항제 4 호에 따라 의료기관이 실시하는 가정간호의 범위는 다음 각 호와 같다.
 - 1. 간호
 - 2. 검체의 채취(보건복지부장관이 정하는 현장검사를 포함한다. 이하 같다) 및 운반
 - 3. 투약
 - 4. 주사
 - 5. 응급처치 등에 대한 교육 및 훈련
 - 6. 상담
 - 7. 다른 보건의료기관 등에 대한 건강관리에 관한 의뢰
- ② 가정간호를 실시하는 간호사는 「전문간호사 자격인정 등에 관한 규칙」에 따른 가정전문간호사이어야 한다.
- ③ 가정간호는 의사나 한의사가 의료기관 외의 장소에서 계속적인 치료와 관리가 필요하다고 판단하여 가정전문간호사에게 치료나 관리를 의뢰한 자에 대하여만 실시하여야 한다.
- ④ 가정전문간호사는 가정간호 중 검체의 채취 및 운반, 투약, 주사 또는 치료적 의료행위인 간호를 하는 경우에는 의사나 한의사의 진단과 처방에 따라야 한다. 이 경우 의사 및 한의사 처방의 유효기간은 처방일부터 90일까지로 한다.
- ⑤ 가정간호를 실시하는 의료기관의 장은 가정전문간호사를 2명 이상 두어야 한다.
- ⑥ 가정간호를 실시하는 의료기관의 장은 가정간호에 관한 기록을 5년간 보존하여야 한다.
- ⑦ 이 규칙에서 정한 것 외에 가정간호의 질 관리 등 가정간호의 실시에 필요한 사항은 보건복지부장관이 따로 정한다.

제 34 조(의료기관의 시설기준 및 규격)

법 제 36 조제 1 호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표 3 과 같고, 그 시설규격은 별표 4 와 같다.

[별표 3]

의료기관의 종류별 시설기준

시설	종합병원 병원 요양병원	치과병원	한방병원	의원	치과의원	한의원	조산원
...							
2. 중환자실	1 (병상이 300개 이 상인 종합 병원만 해 당한다)						
...							

[별표 4]

의료기관의 시설규격

(생략)

2. 중환자실

- 가. 병상이 300 개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100 분의 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 1 개당 면적은 15 제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1 개당 면적은 5 제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1 개당 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 10 퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30 퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70 퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 바. 중환자실 1 개 단위(Unit)당 후두경, 엠부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료를 갖추어야 한다.
- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1 명당 연평균 1 일 입원환자수는 1.2 명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5 명)을 초과하여서는 아니 된다.
- 자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2 미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2 미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
- 차. 중환자실에는 병상 3 개당 1 개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
- 카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10 개당 1 개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1 개 이상 설치하여야 한다.

(이하 생략)

■ 자본시장과 금융투자업에 관한 법률

제 88 조(자산운용보고서의 교부)

- ① 집합투자업자는 자산운용보고서를 작성하여 해당 집합투자자산을 보관·관리하는 신탁업자의 확인을 받아 3 개월마다 1 회 이상 해당 집합투자기구의 투자자에게 교부하여야 한다. 다만, 투자자가 수시로 변동되는 등 투자자의 이익을 해할 우려가 없는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 자산운용보고서를 투자자에게 교부하지 아니할 수 있다.
- ② 집합투자업자는 제 1 항에 따른 자산운용보고서에 다음 각 호의 사항을 기재하여야 한다.
 - 1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날(이하 이 조에서 "기준일"이라 한다) 현재의 해당 집합투자기구의 자산·부채 및 집합투자증권의 기준가격
 - 가. 회계기간의 개시일부터 3 개월이 종료되는 날
 - 나. 회계기간의 말일
 - 다. 계약기간의 종료일 또는 존속기간의 만료일
 - 라. 해지일 또는 해산일
 - 2. 직전의 기준일(직전의 기준일이 없는 경우에는 해당 집합투자기구의 최초 설정일 또는 성립일을 말한다)부터 해당 기준일까지의 기간(이하 이 조에서 "해당 운용기간"이라 한다) 중 운용경과의 개요 및 해당 운용기간 중의 손익 사항

- 3. 기준일 현재 집합투자재산에 속하는 자산의 종류별 평가액과 집합투자재산 총액에 대한 각각의 비율
 - 4. 해당 운용기간 중 매매한 주식의 총수, 매매금액 및 대통령령으로 정하는 매매회전을
 - 5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항
- ③ 제 1 항에 따른 자산운용보고서의 교부시기 및 방법, 비용부담 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제 188 조(신탁계약의 체결 등)

- ① 투자신탁을 설정하고자 하는 집합투자업자는 다음 각 호의 사항이 기재된 신탁계약서에 의하여 신탁업자와 신탁계약을 체결하여야 한다.
- 1. 집합투자업자 및 신탁업자의 상호
 - 2. 신탁원본의 가액 및 제 189 조제 1 항 및 제 3 항에 따라 발행하는 투자신탁의 수익권(이하 "수익증권"이라 한다)의 총좌수에 관한 사항
 - 3. 투자신탁재산의 운용 및 관리에 관한 사항
 - 4. 이익분배 및 환매에 관한 사항
 - 5. 집합투자업자·신탁업자 등이 받는 보수, 그 밖의 수수료의 계산방법과 지급시기·방법에 관한 사항. 다만, 집합투자업자가 기준가격 산정업무를 위탁하는 경우에는 그 수수료는 해당 투자신탁재산에서 부담한다는 내용을 포함하여야 한다.
 - 6. 수익자총회에 관한 사항
 - 7. 공시 및 보고서에 관한 사항
 - 8. 그 밖에 수익자 보호를 위하여 필요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
- (이하 생략)

■ 자본시장과 금융투자업에 관한 법률 시행령

제 93 조(수시공시의 방법 등)

- ① (생략)
 - ② 법 제 89 조제 1 항제 3 호에서 "대통령령으로 정하는 부실자산"이란 발행인의 부도, 「채무자 회생 및 파산에 관한 법률」에 따른 회생절차개시의 신청 등의 사유로 인하여 금융위원회가 부실자산으로 정하여 고시하는 자산을 말한다.
- (이하 생략)

제 265 조(회계감사인의 선임 등)

- ①~⑥ (생략)
- ⑦ 회계감사에 따른 비용은 그 회계감사의 대상인 집합투자기구가 부담한다.

■ 장애인복지법

제 32 조(장애인 등록)

- ① 장애인, 그 법정대리인 또는 대통령령으로 정하는 보호자(이하 "법정대리인등"이라 한다)는 장애 상태와 그 밖에 보건복지부령이 정하는 사항을 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수 또는 구청장(자치구의 구청장)을 말한다. 이하 같다)에게 등록하여야 하며, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 등록을 신청한 장애인이 제 2 조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 "등록증"이라 한다)을 내주어야 한다.
- (이하 생략)

■ 전자서명법

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "전자문서"란 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성되어 송신 또는 수신되거나 저장된 정보를 말한다.
2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
 - 가. 서명자의 신원
 - 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실
3. "전자서명생성정보"란 전자서명을 생성하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
4. "전자서명수단"이란 전자서명을 하기 위하여 이용하는 전자적 수단을 말한다.
5. "전자서명인증"이란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실을 확인하고 이를 증명하는 행위를 말한다.
6. "인증서"란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실 등을 확인하고 이를 증명하는 전자적 정보를 말한다.
7. "전자서명인증업무"란 전자서명인증, 전자서명인증 관련 기록의 관리 등 전자서명인증서비스를 제공하는 업무를 말한다.
8. "전자서명인증사업자"란 전자서명인증업무를 하는 자를 말한다.
9. "가입자"란 전자서명생성정보에 대하여 전자서명인증사업자로부터 전자서명인증을 받은 자를 말한다.
10. "이용자"란 전자서명인증사업자가 제공하는 전자서명인증서비스를 이용하는 자를 말한다.

■ 조세특례제한법

제86조의4(연금 계좌세액공제 등)

종합소득이 있으며, 해당 과세기간에 「소득세법」 제14조제3항제6호에 따른 소득의 합계액이 2천만원을 초과하지 않는 50세 이상인 거주자는 2022년 12월 31일까지 「소득세법」 제59조의3을 적용하는 경우 같은 조 제1항 단서에도 불구하고 연금계좌 중 연금저축계좌에 납입한 금액이 연 600만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하고, 연금저축계좌에 납입한 금액 중 600만원 이내의 금액과 퇴직연금계좌에 납입한 금액을 합한 금액이 연 900만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하되, 해당 과세기간에 종합소득과세표준을 계산할 때 합산하는 종합소득금액이 1억원 초과(근로소득만 있는 경우에는 총급여액 1억2천만원 초과)인 거주자에 대해서는 연금계좌 중 연금저축계좌에 납입한 금액이 연 300만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하고, 연금저축계좌에 납입한 금액 중 300만원 이내의 금액과 퇴직연금계좌에 납입한 금액을 합한 금액이 연 700만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 한다.

제 88 조의 2(비과세종합저축에 대한 과세특례)

① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 거주자가 1명당 저축원금이 5천만원(제 89 조에 따른 세금우대종합저축에 가입한 거주자로서 세금우대종합저축을 해지 또는 해약하지 아니한 자의 경우에는 5천만원에서 해당 거주자가 가입한 세금우대종합저축의 계약금액 총액을 뺀 금액으로 한다) 이하인 대통령령으로 정하는 저축(이하 이 조에서 "비과세종합저축"이라 한다)에 2025년 12월 31일까지 가입하는 경우 해당 저축에서 발생하는 이자소득 또는 배당소득에 대해서는 소득세를 부과하지 아니한다.

1. 65세 이상인 거주자
2. 「장애인복지법」 제 32 조에 따라 등록된 장애인
3. 「독립유공자 예우에 관한 법률」 제 6 조에 따라 등록된 독립유공자와 그 유족 또는 가족

4. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제 6 조에 따라 등록된 상이자(傷痍者)
5. 「국민기초생활보장법」 제 2 조제 2 호에 따른 수급자
6. 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」 제 2 조제 3 호에 따른 고엽제후유의증환자
7. 「5·18 민주유공자 예우에 관한 법률」 제 4 조제 2 호에 따른 5·18 민주화운동부상자

② 삭제

③ 비과세종합저축의 가입절차, 가입대상의 확인, 계약금액 총액의 계산방법, 운용·관리 방법과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

■ 지역보건법

제 10 조(보건소의 설치)

① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 1 개소의 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다. 다만, 시·군·구의 인구가 30 만 명을 초과하는 등 지역주민의 보건요를 위하여 특별히 필요하다고 인정되는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소를 추가로 설치할 수 있다.

② 동일한 시·군·구에 2 개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다.

제 12 조(보건의료원)

보건소 중 「의료법」 제 3 조제 2 항제 3 호가목에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다.

제 13 조(보건지소의 설치)

지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하 "보건지소"라 한다)를 설치할 수 있다.

■ 초·중등교육법

제 2 조(학교의 종류)

초·중등교육을 실시하기 위하여 다음 각 호의 학교를 둔다.

1. 초등학교
2. 중학교·고등공민학교
3. 고등학교·고등기술학교
4. 특수학교
5. 각종학교

■ 폭력행위 등 처벌에 관한 법률

제 2 조(폭행 등)

① 삭제

② 2명 이상이 공동하여 다음 각 호의 죄를 범한 사람은 「형법」 각 해당 조항에서 정한 형의 2분의 1 까지 가중한다.

1. 「형법」 제 260 조제 1 항(폭행), 제 283 조제 1 항(협박), 제 319 조(주거침입, 퇴거불응) 또는 제 366 조(재물손괴 등)의 죄
 2. 「형법」 제 260 조제 2 항(존속폭행), 제 276 조제 1 항(체포, 감금), 제 283 조제 2 항(존속협박) 또는 제 324 조제 1 항(강요)의 죄
 3. 「형법」 제 257 조제 1 항(상해)·제 2 항(존속상해), 제 276 조제 2 항(존속체포, 존속감금) 또는 제 350 조(공갈)의 죄
- ③ 이 법(「형법」 각 해당 조항 및 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범, 각 해당 조항의 상습범의 미수범, 특수범의 미수범, 상습특수범의 미수범을 포함한다)을 위반하여 2 회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 제 2 항 각 호에 규정된 죄를 범하여 누범(累犯)으로 처벌할 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.
1. 제 2 항제 1 호에 규정된 죄를 범한 사람: 7 년 이하의 징역
 2. 제 2 항제 2 호에 규정된 죄를 범한 사람: 1 년 이상 12 년 이하의 징역
 3. 제 2 항제 3 호에 규정된 죄를 범한 사람: 2 년 이상 20 년 이하의 징역
- ④ 제 2 항과 제 3 항의 경우에는 「형법」 제 260 조제 3 항 및 제 283 조제 3 항을 적용하지 아니한다.

제 3 조(집단적 폭행 등)

- ① 삭제
 - ② 삭제
 - ③ 삭제
- ④ 이 법(「형법」 각 해당 조항 및 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범, 각 해당 조항의 상습범의 미수범, 특수범의 미수범, 상습특수범의 미수범을 포함한다)을 위반하여 2 회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 다음 각 호의 죄를 범하여 누범으로 처벌할 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.
1. 「형법」 제 261 조(특수폭행)(제 260 조제 1 항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제 284 조(특수협박)(제 283 조제 1 항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제 320 조(특수주거침입) 또는 제 369 조제 1 항(특수손괴)의 죄: 1 년 이상 12 년 이하의 징역
 2. 「형법」 제 261 조(특수폭행)(제 260 조제 2 항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제 278 조(특수체포, 특수감금)(제 276 조제 1 항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제 284 조(특수협박)(제 283 조제 2 항의 죄를 범한 경우에 한정한다) 또는 제 324 조제 2 항(강요)의 죄: 2 년 이상 20 년 이하의 징역
 3. 「형법」 제 258 조의 2 제 1 항(특수상해), 제 278 조(특수체포, 특수감금)(제 276 조제 2 항의 죄를 범한 경우에 한정한다) 또는 제 350 조의 2(특수공갈)의 죄: 3 년 이상 25 년 이하의 징역

■ 형법

제 250 조(살인, 존속살해)

- ① 사람을 살해한 자는 사형, 무기 또는 5 년 이상의 징역에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속을 살해한 자는 사형, 무기 또는 7 년 이상의 징역에 처한다.

제 251 조(영아살해)

직계존속이 치욕을 은폐하기 위하거나 양육할 수 없음을 예상하거나 특히 참작할 만한 동기로 인하여 분만중 또는 분만 직후의 영아를 살해한 때에는 10 년 이하의 징역에 처한다.

제 252 조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등)

- ① 사람의 촉탁이나 승낙을 받아 그를 살해한 자는 1 년 이상 10 년 이하의 징역에 처한다.
- ② 사람을 교사하거나 방조하여 자살하게 한 자도 제 1 항의 형에 처한다.

제 253 조(위계 등에 의한 촉탁살인 등)

전조의 경우에 위계 또는 위력으로써 촉탁 또는 승낙하게 하거나 자살을 결의하게 한 때에는 제 250 조의 예에 의한다.

(중략)

제 257 조(상해, 존속상해)

- ① 사람의 신체를 상해한 자는 7년 이하의 징역, 10년 이하의 자격정지 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제 1항의 죄를 범한 때에는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.
- ③ 전 2항의 미수범은 처벌한다.

제 258 조(중상해, 존속중상해)

- ① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.
- ③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전 2항의 죄를 범한 때에는 2년 이상의 15년 이하의 징역에 처한다.

(중략)

제 259 조(상해치사)

- ① 사람의 신체를 상해하여 사망에 이르게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전항의 죄를 범한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제 260 조(폭행, 존속폭행)

- ① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제 1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.
- ③ 제 1항 및 제 2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

제 261 조(특수폭행)

단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제 260조제 1항 또는 제 2항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

제 262 조(폭행치사상)

제 260조와 제 261조의 죄를 지어 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 경우에는 제 257조부터 제 259조까지의 예에 따른다.

(중략)

제 287 조(미성년자의 약취, 유인)

미성년자를 약취 또는 유인한 사람은 10년 이하의 징역에 처한다.

제 288 조(추행 등 목적 약취, 유인 등)

- ① 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
- ③ 국외에 이송할 목적으로 사람을 약취 또는 유인하거나 약취 또는 유인된 사람을 국외에 이송한 사람도 제2항과 동일한 형으로 처벌한다.

제 289 조(인신매매)

- ① 사람을 매매한 사람은 7년 이하의 징역에 처한다.
- ② 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 매매한 사람은 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ③ 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 매매한 사람은 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
- ④ 국외에 이송할 목적으로 사람을 매매하거나 매매된 사람을 국외로 이송한 사람도 제3항과 동일한 형으로 처벌한다.

제 290 조(약취, 유인, 매매, 이송 등 상해·치상)

- ① 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 상해한 때에는 3년 이상 25년 이하의 징역에 처한다.
- ② 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 상해에 이르게 한 때에는 2년 이상 20년 이하의 징역에 처한다.

제 291 조(약취, 유인, 매매, 이송 등 살인·치사)

- ① 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 살해한 때에는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.
- ② 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제 292 조(약취, 유인, 매매, 이송된 사람의 수수·은닉 등)

- ① 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄로 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 수수(授受) 또는 은닉한 사람은 7년 이하의 징역에 처한다.
- ② 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범할 목적으로 사람을 모집, 운송, 전달한 사람도 제 1항과 동일한 형으로 처벌한다.

(중략)

제 297 조(강간)

폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제 297 조의 2(유사강간)

폭행 또는 협박으로 사람에게 대하여 구강, 항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣거나 성기, 항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부 또는 도구를 넣는 행위를 한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

(중략)

제 299 조(준강간, 준강제추행)

사람의 심신상실 또는 항거불능의 상태를 이용하여 간음 또는 추행을 한 자는 제 297 조, 제 297 조의 2 및 제 298 조의 예에 의한다.

(중략)

제 333 조(강도)

폭행 또는 협박으로 타인의 재물을 강취하거나 기타 재산상의 이익을 취득하거나 제삼자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제 334 조(특수강도)

- ① 야간에 사람의 주거, 관리하는 건조물, 선박이나 항공기 또는 점유하는 방실에 침입하여 제 333 조의 죄를 범한 자는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
- ② 흉기를 휴대하거나 2인 이상이 합동하여 전조의 죄를 범한 자도 전항의 형과 같다.

제 335 조(준강도)

절도가 재물의 탈환에 항거하거나 체포를 면탈하거나 범죄의 흔적을 인멸할 목적으로 폭행 또는 협박한 때에는 제 333 조 및 제 334 조의 예에 따른다.

제 336 조(인질강도)

사람을 체포·감금·약취 또는 유인하여 이를 인질로 삼아 재물 또는 재산상의 이익을 취득하거나 제 3자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

(이하 생략)

■ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

- 1. (생략)
- 2. (생략)
- 3. “말기환자(末期患者)”란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야 전문의 1 명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
가.~마. (삭제)
- 4. “연명의료”란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다.
- 5. “연명의료중단등결정”이란 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말한다.

(이하 생략)

■ 5·18 민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률

제 4 조(적용 대상자)

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로서 제 7 조에 따라 등록이 된 자(이하 "5·18 민주유공자"라 한다)와 그 유족 또는 가족은 이 법에 따른 예우를 받는다.

1. 5·18 민주화운동사망자 또는 행방불명자: 5·18 민주화운동과 관련하여 사망하거나 행방불명된 사람 또는 5·18 민주화운동으로 인한 상이(질병을 포함한다. 이하 같다)의 후유증으로 사망한 사람으로서, 「5·18 민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」에 따라 보상을 받은 사람
2. 5·18 민주화운동부상자: 5·18 민주화운동과 관련하여 상이를 입은 사람으로서, 「5·18 민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」 제 5 조제 5 항에 따른 장애등급(이하 "장애등급"이라 한다)의 판정을 받고 보상을 받은 사람
3. 그 밖의 5·18 민주화운동희생자: 5·18 민주화운동과 관련하여 「5·18 민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」 제 22 조에 따라 지원을 받은 사람