무배당 플러스재해입원특약(갱신형) 약관

◈ 목 차 ◈

◈ 가입자 유의 사항 ◈ 74

◈ 주요내용 요약서 ◈ 76

무배당 플러스재해입원특약 (갱신형) 약관 78

제1관 용어의 정의 78

제1조【“입원”의 정의와 장소】 78
제2조【”종합병원”의 정의】 78
제3조【”상급종합병원”의 정의】 79
제4조【상급종합병원 지정기준 관련 법령 개정에 따른 특약내용의 변경】 79

제2관 보험금의 지급 80

제5조【보험금의 지급사유】 80
제6조【보험금 지급에 관한 세부규정】 80
제7조【보험금을 지급하지 않는 사유】 83
제8조【보험금의 청구】 83
제9조【보험금의 지급절차】 83
제10조【보험수익자의 지정】 84

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 84

제11조【계약 전 알릴 의무】 84
제12조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 85

제4관 보험계약의 성립과 유지 86

제13조【특약의 체결 및 소멸】 86
제14조【피보험자의 범위】 86
제15조【특약 내용의 변경 등】 86
제16조【특약의 갱신】 87
제17조【특약의 보험기간】 87

제5관 보험료의 납입 88

제18조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 88
제19조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 88
제20조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】 89

제6관 특약의 해지 및 해지환급금 등 89
제21조【계약자의 임의해지】 89
제22조【해지환급금】 89
제23조【배당금의 지급】 90
제7관 기타사항 90
제24조【예금보험에 의한 지급보장】 90
제25조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】 90
<별표1> 보험금 지급기준표 91
<별표2> 재 해 분 류 표 92
<별표3> 보험금을 지급할때의 적립이율 계산 93

◈ 가입자 유의 사항 ◈

□ 보험계약관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 보험계약전 알릴의무 위반

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

○ 갱신형 상품 관련

- 갱신형 특약의 보험기간은 10년만기로, 최초가입 후 10년마다 갱신을 통해 주계약의 보험기간 만료일까지(최대 90세까지) 보장 받을 수 있습니다.
- 갱신 계약의 보험료는 갱신시의 나이 증가, 기초율(이율 및 위험률 등) 등의 변동에 따라 갱신시 보험료가 변동(특히, 인상)될 수 있습니다.
- 갱신형 특약은 계약자가 계약의 보험기간 만료일 15일전까지 갱신하지 않겠다는 의사표시를 하지 않으면 자동 갱신되며, 주계약의 보험기간 만료일(최대 90세까지)을 초과하는 경우 갱신되지 않습니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

○ 해지환급금

- 계약을 중도 해지시 해지환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비로 사용되기 때문입니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 입원

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

○ 재해 • 상해

- 질병이나 체질적인 요인이 있는 자로써 경미한 외부요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 재해관련 보험금이 지급되지 않습니다.
(상품설명서 본문의 '실제사례'를 반드시 확인하시기 바랍니다.)

○ 상급종합병원 입원

- "상급종합병원"은 의료법에 따라 종합병원 중에서 보건복지부장관이 지정한 병원을 의미합니다.

◈ 주요내용 요약서 ◈

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않은 경우에는 보장을 받지 못 할 수도 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 계약전 알릴 의무

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

3. 계약의 무효

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

- 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않음. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용함
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효함
- 계약을 체결할때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

4. 청약철회

계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 3일 이내에 보험료를 돌려드립니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약 및 청약을 한 날부터 30일을 초과하는 경우는 그러하지 않습니다.

5. 계약취소

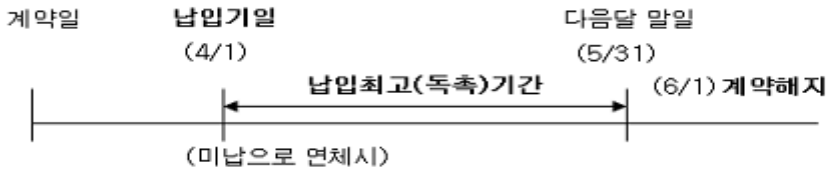
약관과 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명 받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 납입을 최고(독촉)하고, 그 때까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약이 해지됩니다.

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

【보험료의 납입연체 및 계약의 해지(예시)】



7. 계약의 소멸

이 계약은 피보험자의 사망 또는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그때부터 효력이 없습니다. 자세한 소멸사유는 약관을 참고하시기 바랍니다.

8. 해지 계약의 부활(효력회복)

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

무배당 플러스재해입원특약 (갱신형) 약관

제1관 용어의 정의

제1조【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에서 “입원”이란, 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 재해 분류표(<별표2> 참조)에서 정한 재해(이하 “재해”라 합니다)로 피보험자의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “의료기관”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

①이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

②의료기관은 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 임부·해산부·산욕부 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(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제2조【”종합병원”의 정의】

이 특약에서 “종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제3조【"상급종합병원"의 정의】

이 특약에서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의4(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 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 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.

제4조【상급종합병원 지정기준 관련 법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

① 제3조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 입원 개시 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 "상급종합병원" 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 "상급종합병원" 제도의 변경으로 제3조("상급종합병원"의 정의)의 "상급종합병원" 지정이 불가능한 경우

【"상급종합병원"구분 지정이 불가능한 사례 예시】

상급종합병원 지정기준제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별

전문병원으로 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경 내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 안내해 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 약관내용 변경을 원하지 않는 경우에는 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

【책임준비금】

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

⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습다.

⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환 받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제5조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(<별표1> “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 특약의 보험기간 중 재해로 4일 이상 계속하여 입원한 경우: 재해입원급여금 지급(1회 입원당 120일 한도)
2. 특약의 보험기간 중 재해로 4일 이상 계속하여 상급종합병원에 입원한 경우: 상급종합병원 재해입원급여금 지급(1회 입원당 120일 한도)

제6조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드리며 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신 계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 다만 주계약이 갱신형 계약인 경우, 주계약이 갱신되어 다시 보험료를 납입하여야 할 때 이 특약도 주계약에 준용하여 보험료를 납입하여야 합니다.

② 제5조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호에서 정한 보험금의 지급사유가 중복하여 발생한 경우에는 각각에 해당하는 보험금을 합하여 지급합니다.

③ 제5조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 재해입원급여금 및 상급종합병원 재해입원급여금의 지급일수는 각각 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원일이 갱신 전·후에 계속되는 경우에 그 지급일수의 계산은 갱신 전·후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 각각 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산한 금액을 지급합니다.

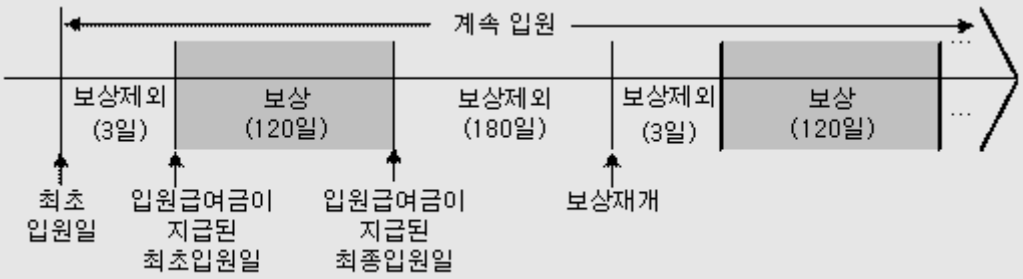
④ 제5조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우 피보험자가 동일한 재해로 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하고 최초 3일에 대해서만 공제하여

제3항을 적용합니다.

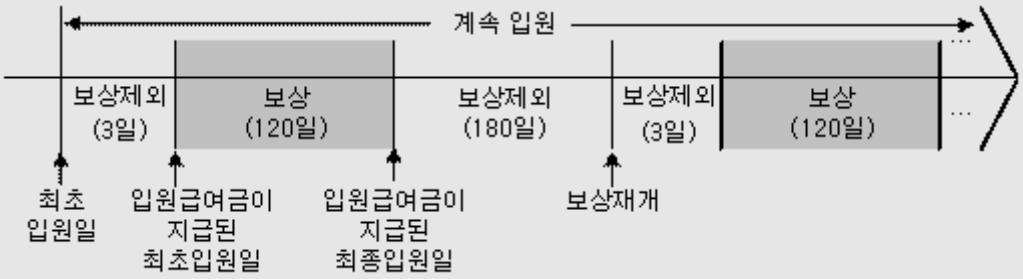
⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 재해로 인한 입원이라도 재해입원급여금 또는 상급종합병원 재해입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 재해입원급여금 또는 상급종합병원 재해입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 재해입원급여금 또는 상급종합병원 재해입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【장기입원환자의 재해입원급여금 보장(예시)】

<"재해입원급여금">



<"상급종합병원 재해입원급여금">



⑥ 제5조(보험금의 지급사유)제1호 및 제2호에서 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 재해로 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

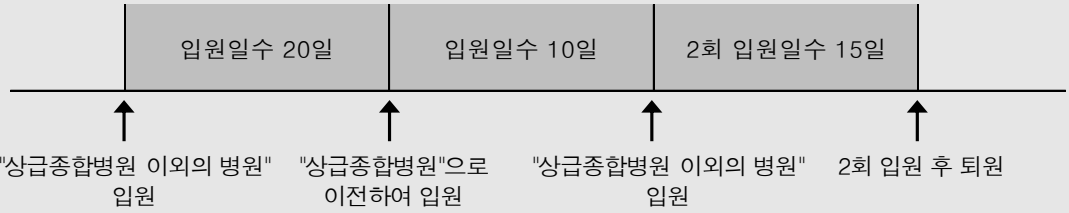
【병원을 이전하여 입원할 때 사례 (예시)】

<사례> 동일한 재해로 입원하여 치료를 받던 중 병원을 이전하여 입원한 경우(기준 30구좌)

※ 보험금 지급대상 입원일수: "상급종합병원 입원" (10일 - 3일(주)) = 7일

상급종합병원을 포함한 전체 입원 (45일 - 3일(주)) = 42일

※ 보험금 = "상급종합병원 입원 7일" X 6만원 + "전체입원 42일" X 3만원 = 168만원

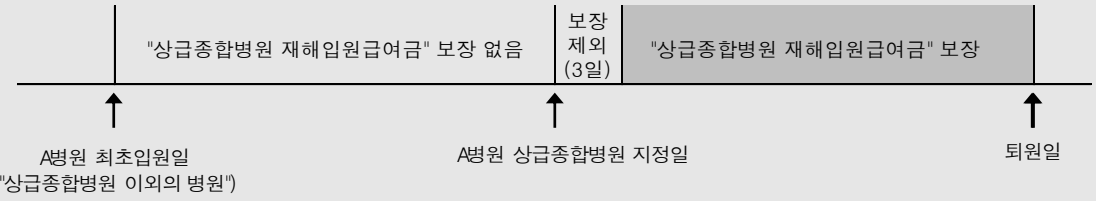


(주) "재해입원급여금" 및 "상급종합병원 재해입원급여금"은 각각 3일 초과 입원일수 1일당 지급되므로, 총 입원일수에서 각각 3일을 차감하여 지급합니다.

⑦ 제5조(보험금의 지급사유)제1호 및 제2호의 경우 피보험자가 재해입원급여금 또는 상급종합병원 재해입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중 이 특약의 보험기간이 만료된 경우에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여 재해입원급여금 또는 상급종합병원 재해입원급여금을 120일 한도로 지급합니다.
⑧ 피보험자가 “상급종합병원 이외의 병원”에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제5조(보험금의 지급사유) 제2호에 따라 상급종합병원 재해입원급여금을 지급합니다.
⑨ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 “상급종합병원 이외의 병원”으로 이전하여 입원한 경우 상급종합병원의 최종 입원일까지 제5조(보험금의 지급사유) 제2호에 따라 상급종합병원 재해입원급여금을 지급합니다.
⑩ 제4조(상급종합병원 지정기준 관련 법령 개정에 따른 특약내용의 변경) 제1항에도 불구하고 피보험자가 "상급종합병원 이외의 병원"에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 지정일부터 제5조(보험금의 지급사유) 제2호에 따라 상급종합병원 재해입원급여금을 지급합니다.
⑪ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제3조(“상급종합병원”의 정의)에서 정한 상급종합병원에서 지정 취소된 경우 해당병원에서 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제5조(보험금의 지급사유)의 제2호에 따라 상급종합병원 재해입원급여금을 지급합니다.

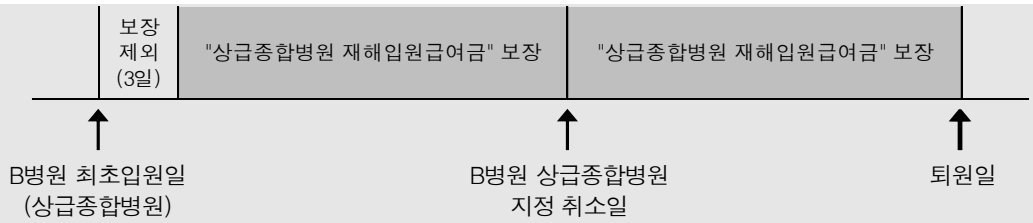
【”상급종합병원”의 “지정” 또는 “지정 취소” 될 때 사례 예시】

<사례1> 상급종합병원이 아닌 A병원에 퇴원없이 계속 입원 중 A병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우



(주) 입원 중 “상급종합병원”으로 지정된 경우, “상급종합병원”에 새로 입원한 것으로 보아 지정일로부터 3일을 공제하고 보장합니다.

<사례 2> 상급종합병원인 B병원에 퇴원없이 계속 입원 중 B병원이 상급종합병원에서 지정 취소되는 경우



(주) "상급종합병원 재해입원급여금"은 3일초과 입원일수 1일당 지급되므로, 총 입원일수에서 3일을 차감하여 지급합니다.

⑫ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 제5조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 재해입원급여금 및 상급종합병원 재해입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)제1호 또는 제2호의 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.

제7조【보험금을 지급하지 않는 사유】

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해쳐서 제5조(보험금의 지급사유) 에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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

제8조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (입원증명서(상급종합병원 입원 여부 및 입원 기간을 확인할 수 있는 내용 포함), 진료기록부 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내

에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표3> “보험금을 지급할 때의 적립이율 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 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

【보험금 가지급제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전 해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
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. 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제13항에 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 제12조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 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.

제10조【보험수익자의 지정】
이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 제5조(보험금의 지급사유)의 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조【계약 전 알릴 의무】
계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강 진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사

본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【사례】
보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 계약전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 보험계약을 청약하는 경우에는 음성녹음으로 대신합니다.

제12조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(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 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 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)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
   다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 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 등으로 알려 드립니다.

【반대증거】
소송법상 입증책임이 없는 당사자가 상대방에서 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거

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

④ 제11조(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 제20조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활

(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. (다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.)

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약의 보험기간 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력이 없는 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
2. 피보험자가 사망한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망 이외의 보험금 지급사유로 효력이 없는 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 “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 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정
【민법 제27조(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 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

⑤ 이 특약이 주계약의 최초 체결시 함께 부가할 경우에는 이를 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료후 제16조(특약의 갱신)에 따라 특약이 갱신되는 경우에는 이를 “갱신계약”이라 합니다.

제14조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조【특약 내용의 변경 등】

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때

이 특약도 주계약의 변경 내용에 따라 같은 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 계약자가 주계약의 보험수익자를 변경할 때 이 특약도 보험수익자를 변경하여 드립니다. 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【설명】
계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액(구좌)을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
④ 계약자는 특약의 보험기간 중 제5조(보험금의 지급사유) 에서 정하는 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
⑤ 회사는 주계약의 계약자를 변경할 때 이 특약도 계약자를 변경하여 드리며, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제16조【특약의 갱신】

① 이 특약은 계약자가 이 특약의 보험료 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 특약의 연체된 보험료 및 갱신 후 특약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 한하여 갱신되어 계속 유지됩니다.
② 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에 이 특약은 갱신되지 않습니다.
1. 계약자가 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
2. 갱신되는 특약의 보험기간 만료일이 주계약의 보험기간 만료일을 초과하거나 피보험자의 나이가 90세가 되는 계약해당일을 초과하는 경우
3. 이 특약의 주계약이 갱신계약임에도 불구하고 주계약이 갱신되지 않는 경우

③ 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우에 갱신계약의 보험료, 책임준비금 등은 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신시의 기초율(이율 및 위험률 등)을 적용합니다.
④ 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우 특약의 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
⑤ 회사는 갱신되는 특약의 변경 내용 및 갱신되는 특약의 보험료 등을 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.

제17조【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 하며, 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.
② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지의 기간이 10년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 5년 만기 갱신으로 하며, 5년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 갱신

일부터 최종으로 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제5관 보험료의 납입

제18조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
④ 제2항에서 주계약의 보험료와 함께 특약의 보험료를 선납하는 경우에는 특약의 잔여 보험료 납입기간을 초과하는 기간에 해당하는 특약의 보험료를 선납할 수 없습니다.
⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

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

제19조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 특약을 준용합니다.
② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
③ 계약자가 제2회 이후 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

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 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전

자문서에 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.

【전자서명법 제2조 제2호 및 제3호】
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.
2. "전자서명"이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는 데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
3. "공인전자서명"이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.
가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을 것
다. 전자서명이 있은 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
라. 전자서명이 있은 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

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

제20조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료된 경우로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제3항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제21조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제22조【해지환급금】

① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표3> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따

릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제23조【배당금의 지급】
이 특약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제7관 기타사항

제24조【예금보험에 의한 지급보장】
이 특약은 회사가 파산 등으로 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

제25조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】
① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

<별표1> 보험금 지급기준표

(기준: 1구좌)

■ 재해입원급여금 (약관 제5조 제1호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 재해로 4일 이상 계속하여 입원한 경우 (1회 입원당 120일 한도)
지 급 금 액	3일 초과 입원일수 1일당 1,000원

■ 상급종합병원 재해입원급여금 (약관 제5조 제2호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 재해로 4일 이상 계속하여 상급종합병원에 입원한 경우(1회 입원당 120일 한도)
지 급 금 액	3일 초과 입원일수 1일당 2,000원

주)1. 보험금의 지급사유가 중복하여 발생한 경우에는 각각에 해당하는 보험금을 지급합니다.

2. 이 특약에서 “상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

<별표2> 재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 감염병 (콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, A형간염)

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 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)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 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), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

㈜ ( ) 안은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 상의 분류번호이며, 제8차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

※ 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

<별표3> 보험금을 지급할때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
재해입원급여금 (제5조 제1호) 상급종합병원 재해입원급여금 (제5조 제2호)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신) 시점의 평균공시이율) 의 50% 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

㈜ 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

3. 특약의 체결 및 소멸(제13조 제2항 제2호)에서 사망 당시의 책임준비금을 지급함에 있어 지급기일의 다음날부터 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
   ① 지급기일의 다음 날부터 30일이내 기간: 보험계약대출이율
   ② 지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(4%)
   ③ 지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(6%)
   ④ 지급기일의 91일이후 기간: 보험계약대출이율+가산이율(8%)

4. 가산이율 적용시 제9조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.