무배당 AIG베스트파트너상해보험 약관

무배당 AIG베스트파트너상해보험 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다.(이하 보험계약은 “계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
② 회사는 보험대상자(피보험자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약(이하 “무진단계약”이라 합니다)은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 “진단계약”이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다. 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 이 계약의 예정이율 + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제2조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 회사는 제1항에 의한 계약자의 청약철회 신청을 접수한 경우에는 지체없이 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 회사의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 약관 및 청약서 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결하고 전자거래기본법에서 규정하는 절차에 따라 약관 및 청약서부본을 전자문서로 송신하고 계약자 또는 그 대리인이 당해 문서를 수신하였을 때에는 약관 및 청약서부본을 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 청약서 부본을 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
③ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 회사의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제4조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니

다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우 (단, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 보험대상자(피보험자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 아니합니다)
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 보험대상자(피보험자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우

제5조【계약내용의 변경】

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

1. 보험료의 납입주기 및 수금방법
2. 보험가입금액
3. 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)
4. 기타 계약의 내용

② 회사는 계약자가 제1항 제2호에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때(단, 보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아야 합니다)에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다.

③ 계약자가 제1항 제3호에 의하여 보험금을 받는 자(보험수익자)를 변경하고자 할 경우에는 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유(이하 “보험금 지급사유”라 합니다)가 발생하기 전에 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

④ 보험대상자(피보험자)가 퇴직, 기타의 사유에 의하여 보험대상(피보험)단체로부터 탈퇴한 경우에 계약자는 지체없이 보험대상자(피보험자)의 탈퇴년월일 및 사유를 회사에 알려야 합니다.

제6조【보험대상자(피보험자)의 변경】

① 계약자가 보험료의 전액을 부담하는 계약에 한하여 다음 중 한가지에 해당되는 경우에 계약자는 새로운 보험대상자(피보험자)의 동의 및 회사의 승낙을 얻어 보험대상자(피보험자)를 변경할 수 있습니다. 다만, 변경 후 보험대상자(피보험자)는 변경 전 보험대상자(피보험자)와 같은 성(性)에 한합니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 재해분류표(별표1 참조)에서 정한 재해(이하 “재해”라 합니다) 이외의 원인으로 사망하는 경우
2. 피보험자가 퇴직 등의 사유로 해당 단체에서 탈퇴하는 경우

② 제1항의 경우 변경전 보험대상자(피보험자)는 보험대상자(피보험자) 변경신청서(회사양식)를 접수한 때부터 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실하며, 회사는 서류를 접수한 때부터 변경후 보험대상자(피보험자)에 대하여 보장을 합니다.

③ 보험대상자(피보험자)의 변경을 신청하는 경우의 계약의 성립 및 승낙 등에 있어서는 제1조(보험계약의 성립) 제2항 내지 제4항, 제23조(계약전 알릴의무), 제24조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제25조(계약취소권의 행사제한)를 준용합니다.

④ 제2항의 경우 변경후 보험대상자(피보험자)의 보험기간은 이 계약의 남은 기간으로 합니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 이 보험에 남·여 성별 단일보험료가 아닌 특약이 부가된 경우에는 보험대상자(피보험자)를 변경할 수 없습니다.

제7조【계약자의 임의해지】

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 그러나, 보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아야 합니

다.

제8조【계약의 소멸】
① 보험대상자(피보험자)가 재해로 인하여 사망하는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
② 보험대상자(피보험자)가 재해 이외의 원인으로 사망한 경우에는 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다. 다만, 제6조(보험대상자(피보험자)의 변경)에 따라 보험대상자(피보험자)를 변경하는 경우에는 그러하지 아니합니다.

제9조【계약의 갱신】
① 계약자가 보험기간 종료일의 15일 전까지 계약을 갱신하지 않는다는 통지를 하지 않는 한 이 계약은 직전 계약을 기준으로 갱신되는 것으로 합니다. 다만, 이 보험이 보험업법 제127조 및 보험업법시행령 제71조에 의하여 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 내용 및 보험요율을 적용하여 갱신되며, 이 경우 그 변경 내용을 보험기간 종료일 30일 전까지 알려드립니다.
② 회사는 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지를 조건으로 하는 경우에 한하여 보험계약을 갱신하지 않거나 당해 보험대상자(피보험자)를 갱신된 보험계약의 보험대상(피보험)단체에서 제외할 수 있습니다.
1. 갱신일 현재 보험대상자(피보험자)의 나이가 회사가 정한 가입나이를 초과한 경우
2. 갱신일 현재 보험대상자(피보험자)가 퇴직, 전근 등으로 인하여 보험대상(피보험)단체 구성원으로서의 자격을 상실한 경우
3. 갱신일 현재 보험대상(피보험)단체의 인원수가 회사가 정한 인원수에 미달한 경우

③ 갱신된 계약의 보험계약일은 갱신 후 제1회 보험료 납입일로 합니다. 단, 회사가 인정하는 경우에는 보험기간이 끝나는 날의 다음날로 할 수 있습니다.
④ 갱신계약의 제1회 보험료의 경우에도 제11조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시일), 제12조(보험료의 계산), 제13조(제2회 이후 보험료의 납입), 제14조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 및 제15조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 준용합니다.
⑤ 계약자는 계약을 갱신하는 때에 회사의 승낙을 얻어 보험가입금액을 증액하거나 보험대상자(피보험자)를 추가할 수 있습니다.

제10조【보험나이】
① 이 약관에서의 보험대상자(피보험자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 단, 제4조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.
② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 보험대상자(피보험자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제11조【제1회 보험료 및 회사의 보장개시일】
① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 “보장개시일”이라 하며, 보장개시일을 보험계약일로 봅니다)
② 회사는 보험기간 중 추가 가입자에 대하여는 최초의 보험료를 받은 때부터 계약단체의 계

약상의 잔존기간에 대하여 보장을 합니다.
③ 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
④ 회사는 제3항에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제24조(계약전 알릴의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제23조(계약전 알릴의무)에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

⑤ 청약서에 보험대상자(피보험자)의 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 아니합니다.

제12조【보험료의 계산】
① 계약자는 각 보험대상자(피보험자)별로 계산한 보험료의 합계액을 보험료로 납입하여야 합니다. 다만, 회사와의 합의에 의해 보험대상(피보험)단체의 총보험가입금액에 다음과 같은 평균보험료율을 곱하여 계산한 금액을 보험료로 납입할 수 있습니다.

1. 평균보험료율은 계약체결시 또는 갱신시 각 보험대상자(피보험자)별로 계산한 보험료의 합계액을 보험대상(피보험)단체의 총보험가입금액으로 나누어서 계산합니다.
2. 평균보험료율은 동일 보험년도 중에는 변경하지 아니합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)의 수, 총보험가입금액 등 보험대상(피보험)단체에 현저한 변동이 있어 회사가 특별히 필요하다고 인정하는 경우에는 변경할 수 있습니다.
3. 평균보험료율을 적용하는 경우의 각 보험대상자(피보험자)별 보험료는 평균보험료율에 각 보험대상자(피보험자)별 보험가입금액을 곱하여 계산합니다.

② 제1항에도 불구하고 단체 또는 단체의 대표자가 보험료를 전액 부담하는 경우에는 단체 단위별 보험료를 산출·적용하거나 단체의 평균 나이를 기준으로 보험료를 적용할 수 있습니다.
③ 제9조(계약의 갱신)에 의한 계약의 갱신시에 적용하는 보험료는 갱신보험료를 적용합니다.

제13조【제2회 이후 보험료의 납입】
계약자는 제2회 이후의 보험료를 계약체결시 납입하기로 약속한 날(이하 “납입기일”이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제14조【보험료의 납입연체시 납입 최고(독촉)와 계약의 해지】
① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하는 때에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입 최고(독촉)기간으로 하며, 회사는 제3항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 납입 최고(독촉)기간안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입 최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약을 해지합니다. 납입 최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 제1항에도 불구하고 회사의 방문수금 불이행 또는 은행 납입통지서의 미교부, 자동이체 미신청 등 회사의 책임 있는 사유로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일부터 3개월이 되는 날까지를 납입 최고(독촉)기간으로 하여 제1항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 보험료를 수금 또는 자동이체하기로 하거나 은행납입통지서를 교부하기로 한 경우에는 그 수금(자동이체) 또는 재교부일부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로 하여 제1항의 납입 최고(독촉)기간을 적용합니다.
③ 제2회 이후의 보험료가 납입기일까지 납입되지 아니하여 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험금을 받는 자(보험수익자)를 포함하며,

보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 보험대상자(피보험자) 포함)에게 납입 최고(독촉)기간안에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입 최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 납입 최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 납입 최고(독촉)기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려 드립니다.

제15조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

① 제14조(보험료의 납입연체시 납입 최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지된 경우 계약자는 해지된 날부터 6개월 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 계약의 예정이율+ 1% 범위내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제1조(보험계약의 성립) 제2항 내지 제4항, 제11조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시일), 제23조(계약전 알릴의무), 제24조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제25조(계약취소권의 행사제한)를 준용합니다. 단, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제16조【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 재해분류표(별표1 참조)에서 정한 재해로 사망하였을 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 1구좌(계약보험가입금액 100만원) 기준 1,000만원을 재해사망보험금으로 지급합니다.

제17조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失踪宣告)를 받은 경우[단, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때]에는 보험대상자(피보험자)가 사망한 것으로 보고, 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)에 해당하는 경우에는 재해사망보험금을 지급합니다.

② 계약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 계약이 더 이상 효력을 가지지 아니하는 경우에도 재해일부터 2년 이내에 그 재해로 인하여 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)에 해당하는 사유가 발생한 때에는 회사가 보장을 합니다.

제18조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우
   그러나, 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
   그러나, 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 “보험금을 받는 자(보험수익자)”인 경우에는 그 보험금을 받는 자(보험수익자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

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

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
2. 제1항 제2호 또는 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리지 아니합니다.

③ 제2항 제1호의 경우 보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 보험료 부담 비율에 따라 계약자와 보험대상자(피보험자)에게 지급합니다.

제19조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】

회사는 보험대상자(피보험자)가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융감독위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급합니다.

제20조【해약환급금】

이 계약은 해약환급금이 없습니다.

제21조【배당금의 지급】

이 계약은 무배당 보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제22조【소멸시효】

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

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제23조【계약전 알릴의무】

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

제24조【계약전 알릴의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제23조(계약전 알릴의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 회사가 이 계약의 청약시 보험대상자(피보험자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때(계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 보험대상자(피보험자)의 계약전 알릴의무 사항을 임의로 기재한 경우

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

③ 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약전 알릴의무 위반사

실 뿐만 아니라 계약전 알릴의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 이미 납입한 보험료를 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제23조(계약전 알릴의무)의 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급하여 드립니다.

제25조【계약취소권의 행사제한】
회사는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때에는 민법 제110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5관 보험금 지급 등의 절차

제26조【주소변경통지】
① 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
② 제1항에서 정한 대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

제27조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 대리하는 것으로 합니다.
② 지정된 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 소재가 확실하지 아니한 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에 대하여도 효력이 미칩니다.
③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제28조【보험금 지급사유의 발생통지】
계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제29조【보험금 등 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서 등)
3. 신분증 (주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류(재해사망보험금 청구시 보험대상자(피보험자)의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서 등)

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

제30조【보험금 등의 지급】

① 회사는 제29조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제24조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제1항의 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 등의 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우, 보험대상자(피보험자)는 정당한 사유가 없는 한 회사가 지정한 의사의 진단, 의료비의 심사, 기타의 조사를 받을 것(진단에 필요한 검사자료 등의 제출을 포함합니다)에 동의하여야 하며, 보험대상자(피보험자)가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 진단 및 진료내용, 입원기간 등에 대하여 합의하여 정하는 때에는 그에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 그러나, 보험대상자(피보험자)의 의사와 회사의 의사가 합의에 도달하지 못하는 때에는 보험대상자(피보험자)와 회사가 동의하여 제3의 의사를 정하고 그 제3의 의사의 의견에 따를 수 있습니다. 이 약관에서 “회사가 지정한 의사” 및 “제3의 의사”는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 중에서 정하며, 이 항에 의해 발생되는 의료비용은 회사가 부담합니다.

④ 제1항 내지 제3항에 의한 회사의 조사, 확인 또는 진단요청에 대하여 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)가 정당한 사유없이 동의를 하지 아니하는 때에는 그 동의를 얻어 조사, 확인 또는 진단을 완료할 때까지 보험금(가지급 보험금 포함)의 지급을 유예(猶豫)할 수 있습니다.

⑤ 회사는 제1항에 의한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 지급기일부터 7일 이내에 지급지연을 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자에게 통보하고 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

⑥ 회사가 보험금의 지급사유 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금의 지급이 지연되는 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금 등을 우선적으로 가지급 할 수 있습니다.

제31조【보험금 받는 방법의 변경】

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험금을 받는 자(보험수익자))는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)에 의한 재해사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 또는 일시지급 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 이 계약의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 이 계약의 예정이율로 할인한 금액을 지급합니다.

제32조【계약내용의 교환】
회사는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각호의 사항을 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제23조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)및 동법 시행령 제12조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의 등)의 규정을 따릅니다.

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

제6관 분쟁조정 등

제33조【분쟁의 조정】
계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제34조【관할법원】
이 계약에 관한 소송은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제35조【약관의 해석】
① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제36조【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】
보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사(각종 점포 및 대리점 포함) 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제37조【회사의 손해배상책임】
회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 인하여 발생된 손해에 대하여 관계법규 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

제38조【준거법】
이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제39조【예금보험에 의한 지급보장】
회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.
(별표1)

재 해 분 류 표

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

* 이 분류는 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행) 중 “질병이환 및 사망의 외인”에 의한 것임.

분 류 항 목	분류번호
1. 운수사고에서 다친 보행자	V01 - V09
2. 운수사고에서 다친 자전거 탑승자	V10 - V19
3. 운수사고에서 다친 모터싸이클 탑승자	V20 - V29
4. 운수사고에서 다친 삼륜자동차량의 탑승자	V30 - V39
5. 운수사고에서 다친 승용차 탑승자	V40 - V49
6. 운수사고에서 다친 픽업 트럭 또는 밴 탑승자	V50 - V59
7. 운수사고에서 다친 대형화물차 탑승자	V60 - V69
8. 운수사고에서 다친 버스 탑승자	V70 - V79
9. 기타 육상운수 사고(철도사고 포함)	V80 - V89
10. 수상 운수사고	V90 - V94
11. 항공 및 우주 운수사고	V95 - V97
12. 기타 및 상세 불명의 운수사고	V98 - V99
13. 추락	W00 - W19
14. 무생물성 기계적 힘에 노출	W20 - W49
15. 생물성 기계적 힘에 노출	W50 - W64
16. 불의의 물에 빠짐	W65 - W74
17. 기타 불의의 호흡 위협	W75 - W84
18. 전류, 방사선 및 극순환 기온 및 압력에 노출	W85 - W99
19. 연기, 불 및 불꽃에 노출	X00 - X09
20. 열 및 가열된 물질과의 접촉	X10 - X19
21. 유독성 동물 및 식물과의 접촉	X20 - X29
22. 자연의 힘에 노출	X30 - X39
23. 유독물질에 의한 불의의 중독 및 노출	X40 - X49
24. 기타 및 상세불명의 요인에 불의의 노출	X58 - X59
25. 가해	X85 - Y09
26. 의도 미확인 사건	Y10 - Y34
27. 법적 개입 및 전쟁행위	Y35 - Y36
28. 치료시 부작용을 일으키는 약물, 약제 및 생물학 물질	Y40 - Y59
29. 외과적 및 내과적 치료중 환자의 재난	Y60 - Y69
30. 진단 및 치료에 이용되는 의료장치에 의한 부작용	Y70 - Y82
31. 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치	Y83 - Y84
32. 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 질병	

㈜ 다음 사항에 해당하는 분류항목은 재해분류에서 제외합니다.

1. “약물 및 의약품에 의한 불의의 중독” 중 피부에 묻은 약물에 의한 알레르기성 접촉피부염(L23.3)
2. “기타 고체 및 액체물질, 가스 및 증기에 의한 불의의 중독” 중 한국표준질병·사인분류상 A00～R99에 분류가 가능한 것

3. “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고
4. “자연 및 환경요인에 의한 불의의 사고” 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
5. “물에 빠짐, 질식 및 이물에 의한 불의의 사고” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
6. “기타 불의의 사고” 중 과로 및 격렬한 운동으로 인한 사고
7. “법적 개입” 중 처형 (Y35.5)

무배당 단체일반사망특약 약관

무배당 단체일반사망특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 체결 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
② 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자가 이 특약을 청약하는 경우에도 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
③ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
1. 주계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
2. 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장해분류표(별표2 참조) 중 “동일한 재해(별표1 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다)” 또는 “재해 이외의 동일한 원인”으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우

④ 제3항 제2호에도 불구하고 보험대상자(피보험자)가 “동일한 재해”로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되는 경우에도 주계약이 소멸하지 아니하는 경우에는 이 특약도 소멸되지 아니합니다.
⑤ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 그 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
⑥ 제5항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망 포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

제2조【보험대상자(피보험자)의 범위】
이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다.

제3조【특약 내용의 변경】
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 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다.
③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제4조【특약의 갱신】
① 계약자가 이 특약의 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 종료일의 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 아니한다는 통지를 하지 아니한 때에는 이 특약은 주계약이 갱신되는 경우에 자동으로 갱신됩니다.
② 이 특약을 갱신하는 경우 갱신된 특약의 보험기간 종료일은 보험대상자(피보험자)의 나이가 70세가 되는 날을 초과할 수 없습니다.
③ 갱신계약에 대하여는 다음 각 호의 내용을 따릅니다.

1. 갱신계약의 제1회 보험료 납입해당일을 갱신일로 합니다.
2. 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 보험대상자(피보험자)의 나이에 따라 계산된 보험료를 적용합니다.
3. 갱신계약의 보장개시일은 갱신일이 보장개시일이 되며, 또한 갱신계약에 대해서도 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항, 제6조(특약의 보험기간), 제7조(보험료 납입 및 회사의 보장개시일), 제8조(보험료 납입연체시 특약의 해지) 및 제9조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))을 준용합니다.

④ 이 특약이 보험업법 제127조 및 보험업법시행령 제71조에 의하여 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 특약 내용 및 보험요율을 적용하여 갱신되며, 이 경우 그 변경 내용을 계약자에게 보험기간 종료일 30일 전까지 알려드립니다.

제5조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다. 그러나, 보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부를 부담하는 경우에 계약자는 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻고 이 특약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제6조【특약의 보험기간】

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

제2관 보험료의 납입 (계약자의 주된 의무)

제7조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시일】

① 이 특약의 보험료납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 이 특약을 체결하는 경우, 주계약의 보험료 납입이 완료되었을 때에는 특약의 보험료를 일시 납입하여야 하며, 주계약의 보험료 납입기간 중일 때에는 회사에서 정한 방법에 따라 제1회 특약의 보험료를 정산한 후 차회 이후의 보험료를 주계약 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

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

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 특약이 체결된 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제8조【보험료 납입연체시 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다.

② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 회사는 주계약에 정한 보험료 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 급여금을 지급합니다.

제9조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

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

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제7조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급 (회사의 주된 의무)

제10조【보험금의 종류 및 지급사유】
회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 재해 이외의 원인으로 사망하거나 장해분류표(별표2 참조) 중 "재해 이외의 동일한 원인"으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 특약보험가입금액의 100%를 일반사망보험금으로 지급합니다.

제11조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제3항 제2호 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失踪宣告)를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 보험대상자(피보험자)가 사망한 것으로 인정합니다.
② 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제3항 제2호 및 제4항, 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표2 참조)상 "두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위"에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
③ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제3항 제2호 및 제4항, 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
④ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제3항 제2호 및 제4항, 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 "동일한 재해" 또는 "재해 이외의 동일한 원인"으로 인하여 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표2 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑥ 제4항, 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제3항 제2호 및 제4항의 "동일한 재해"라 함은 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지(解止)할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우
   그러나, 보험대상자(피보험자)가 정신질환상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
   그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 "보험금을 받는 자(보험수익

자)"인 경우에는 그 보험금을 받는 자(보험수익자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각 호의 사유로 인하여 회사가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
2. 제1항 제2호 및 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리지 아니합니다.

③ 제2항 제1호의 경우 보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 보험료 부담 비율에 따라 계약자와 보험대상자(피보험자)에게 지급합니다.

제13조【해약환급금】
이 특약은 해약환급금이 없습니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(일반사망보험금 청구시 보험대상자(피보험자)의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서 등)

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

제15조【보험금 등의 지급】
① 회사는 제14조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제1항에 의한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 지급기일부터 7일 이내에 지급지연을 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자에게 통보하고 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제5관 기타사항

제16조【주계약 약관의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표1) 재해분류표
무배당 AIG베스트파트너상해보험 약관의 (별표1)과 동일

(별표2)

장 해 분 류 표

Ⅰ. 총칙

1. 장해의 정의

1) “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말합니다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않습니다.
2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유시 장래 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 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 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

2. 신체부위

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

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용합니다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 합니다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않습니다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 합니다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 합니다.

Ⅱ. 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100%
2) 한 눈이 멀었을 때	50%
3) 한 눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때	35%
4) 한 눈의 교정시력이 0.06이하로 된 때	25%
5) 한 눈의 교정시력이 0.1이하로 된 때	15%
6) 한 눈의 교정시력이 0.2이하로 된 때	5%
7) 한 눈의 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10%
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5%
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10%
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5%

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정합니다.
2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말합니다.
3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각”)를 말합니다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상후 1년 이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가합니다.
5) “안구의 뚜렷한 운동장해”라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말합니다.
6) “안구의 뚜렷한 조절기능장해”라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말합니다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외합니다.
7) “시야가 좁아진 때”라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60%이하로 제한된 경우를 말합니다.
8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말합니다.
9) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말합니다.
10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산됩니다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산합니다.
11) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않습니다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 보험대상자(피보험자)에 유리한 것을 적용합니다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용합니다.
2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말합니다.
3) “심한 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말합니다.
4) “약간의 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50㎝이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말합니다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사” 등을 추가실시 후 장해를 평가합니다.

다. 귓바퀴의 결손

“귓바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로 평가합니다.

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15%

나. 장해판정기준

1) “코의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않습니다.
2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 합산하여 지급합니다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(交合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정합니다.
2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말합니다.
3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말합니다.
4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말합니다.
5) “말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말합니다.
   ① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ)
   ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
   ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ)
   ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) “말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말합니다.
7) “말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말합니다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가합니다.
9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말합니다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않습니다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정합니다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않습니다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않습니다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 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)장해”라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외합니다.
3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말합니다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

라. 약간의 추상(추한 모습)

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

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 합니다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가합니다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10)뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11)약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)

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

12)추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니합니다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두팔의 손목이상을 잃었을 때	100%
2) 한팔의 손목이상을 잃었을 때	60%
3) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30%
4) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20%
5) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10%
6) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5%
7) 한팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20%
8) 한팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10%
9) 한팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5%

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정합니다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니합니다.
3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말합니다.
4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말합니다.
5) "한팔의 손목이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함됩니다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가합니다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 합니다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말합니다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말합니다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말합니다.

다. 지급률의 결정

1) 1상지(팔과 손가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 합니다.
2) 한 팔의 3대 관절중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두다리의 발목이상을 잃었을 때 2) 한다리의 발목이상을 잃었을 때	100% 60%
장해의 분류	지급률

3) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30%
4) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20%
5) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10%
6) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5%
7) 한다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20%
8) 한다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10%
9) 한다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5%
10)한다리가 5cm 이상 짧아진 때	30%
11)한다리가 3cm 이상 짧아진 때	15%
12)한다리가 1cm 이상 짧아진 때	5%

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정합니다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니합니다.
3) “다리”라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말합니다.
4) “다리의 3대 관절”이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말합니다.
5) “한다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함됩니다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가합니다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 합니다.
   가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
   나) “심한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
   다) “뚜렷한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) “약간의 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) “가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말합니다.
8) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에

가관절이 남은 경우를 말합니다.

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

10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출합니다.
다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정합니다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 합니다.

2) 한 다리의 3대 관절중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55%
2) 한손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15%
3) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10%
4) 한손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30%
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10%
6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락 마다)	5%

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있습니다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 합니다.

2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있습니다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부릅니다.

3) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말합니다.

4) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말합니다.

5) “손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정합니다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말합니다.

6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	75%
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50%
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	20%

나. 장해의 판정기준

1) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 “(붙임) 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용합니다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않습니다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 신경계

① “신경계에 장해를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 “(붙임) 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말합니다.

② 위 ①의 경우 “(붙임) 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않습니다.

③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용합니다.

④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가합니다.
그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보합니다.

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 합니다.

2) 정신행동

① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 “(붙임) 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급합니다.

② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 합니다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있습니다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니합니다.

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 합니다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말합니다.

⑤ 평가의 객관적 근거

㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 합니다.

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술
- 감정의의 추정 혹은 인정
- 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
- 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상합니다.

⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않습니다.

⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정합니다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 합니다.

3) 치매

① “치매”라 함은

- 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
- 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장해에 의해서 파괴되었기 때

문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따릅니다.

4) 간질

① “간질”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말합니다.

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

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

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

⑤ “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말합니다.

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

(붙임)

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도	지급률
이동 동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태	40%
	- 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태	30%
	- 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태	20%
	- 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태	10%
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태	20%
	- 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태	15%
	- 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10%
	- 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태	5%
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태	20%
	- 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태	15%
	- 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10%
	- 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태	5%
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태	10%
	- 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태	5%
	- 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태	3%
옷입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태	10%
	- 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태	5%
	- 착용은 가능하나 다른 사람의 도움 없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태	3%

무배당 단체재해사망보장특약 약관

무배당 단체재해사망보장특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 체결 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
② 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자가 이 특약을 청약하는 경우에도 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
③ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
1. 주계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
2. 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우

④ 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 재해분류표(별표1 참조)에서 정한 재해(이하 “재해”라 합니다) 이외의 원인으로 사망하였을 때에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【보험대상자(피보험자)의 범위】
이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다.

제3조【특약 내용의 변경】
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 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다.
③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제4조【특약의 갱신】
① 계약자가 이 특약의 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 종료일의 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 아니한다는 통지를 하지 아니한 때에는 이 특약은 주계약이 갱신되는 경우에 자동으로 갱신됩니다.
② 이 특약을 갱신하는 경우 갱신된 특약의 보험기간 종료일은 보험대상자(피보험자)의 나이가 70세가 되는 날을 초과할 수 없습니다.
③ 갱신계약에 대하여는 다음 각 호의 내용을 따릅니다.
1. 갱신계약의 제1회 보험료 납입해당일을 갱신일로 합니다.
2. 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 보험대상자(피보험자)의 나이에 따라 계산된 보험료를 적용합니다.
3. 갱신계약의 보장개시일은 갱신일이 보장개시일이 되며, 또한 갱신계약에 대해서도 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항, 제6조(특약의 보험기간), 제7조(보험료 납입 및 회사의 보장개시일), 제8조(보험료 납입연체시 특약의 해지) 및 제9조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))을 준용합니다.

④ 이 특약이 보험업법 제127조 및 보험업법시행령 제71조에 의하여 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 특약 내용 및 보험요율을 적용하여 갱신되며, 이 경우 그 변경 내용을 계

약자에게 보험기간 종료일 30일 전까지 알려드립니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다. 그러나, 보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부를 부담하는 경우에 계약자는 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻고 이 특약을 해지할 수 있습니다.
② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제6조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입 (계약자의 주된 의무)

제7조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시일】
① 이 특약의 보험료납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 이 특약을 체결하는 경우, 주계약의 보험료 납입이 완료되었을 때에는 특약의 보험료를 일시 납입하여야 하며, 주계약의 보험료 납입기간 중일 때에는 회사에서 정한 방법에 따라 제1회 특약의 보험료를 정산한 후 차회 이후의 보험료를 주계약 보험료와 함께 납입하여야 합니다.
② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 특약이 체결된 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제8조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 회사는 주계약에 정한 보험료 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 급여금을 지급합니다.

제9조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제7조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급 (회사의 주된 의무)

제10조【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 재해분류표(별표1 참조)에서 정한 재해로 인하여 사망하였을 때에는 1구좌(특약보험가입금액 100만원) 기준 1,000만원을 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 재해사망보험금으로 지급합니다.

제11조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失踪宣告)를 받은 경우[단, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때]에는 보험대상자(피보험자)가 사망한 것으로 보고, 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에 해당하는 경우에는 재해사망보험금을 지급합니다.

② 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 특약이 더 이상 효력을 가지지 아니하는 경우에도 재해일부터 2년 이내에 그 재해로 인하여 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에 해당하는 사유가 발생한 때에는 회사가 보장을 합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지(解止)할 수 있습니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우
   그러나, 보험대상자(피보험자)가 정신질환상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
   그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 "보험금을 받는 자(보험수익자)"인 경우에는 그 보험금을 받는 자(보험수익자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

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

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
2. 제1항 제2호 및 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리지 아니합니다.

③ 제2항 제1호의 경우 보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 보험료 부담 비율에 따라 계약자와 보험대상자(피보험자)에게 지급합니다.

제13조【해약환급금】

이 특약은 해약환급금이 없습니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등 청구시 구비서류】

① 보험금을 받는 자(보험수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류(재해사망보험금 청구시 보험대상자(피보험자)의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서 등)

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관) 규정에

의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제15조【보험금 등의 지급】
① 회사는 제14조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
② 회사는 제1항에 의한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 지급기일부터 7일 이내에 지급지연을 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자에게 통보하고 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제5관 기타사항

제16조【주계약 약관의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표1) 재해분류표
무배당 AIG베스트파트너상해보험 약관의 (별표1)과 동일

무배당 단체교통재해사망보장특약 약관

무배당 단체교통재해사망보장특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 체결 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
② 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자가 이 특약을 청약하는 경우에도 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
③ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
1. 주계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
2. 보험대상자(피보험자)가 재해분류표(별표2 참조)에서 정한 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인하여 사망하였을 경우

④ 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 재해 이외의 원인으로 사망하였을 때에도 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【보험대상자(피보험자)의 범위】
이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다.

제3조【특약 내용의 변경】
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 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다.
③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제4조【특약의 갱신】
① 계약자가 이 특약의 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 종료일의 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 아니한다는 통지를 하지 아니한 때에는 이 특약은 주계약이 갱신되는 경우에 자동으로 갱신됩니다.
② 이 특약을 갱신하는 경우 갱신된 특약의 보험기간 종료일은 보험대상자(피보험자)의 나이가 70세가 되는 날을 초과할 수 없습니다.
③ 갱신계약에 대하여는 다음 각 호의 내용을 따릅니다.
1. 갱신계약의 제1회 보험료 납입해당일을 갱신일로 합니다.
2. 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 보험대상자(피보험자)의 나이에 따라 계산된 보험료를 적용합니다.
3. 갱신계약의 보장개시일은 갱신일이 보장개시일이 되며, 또한 갱신계약에 대해서도 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항, 제6조(특약의 보험기간), 제7조(보험료 납입 및 회사의 보장개시일), 제8조(보험료 납입연체시 특약의 해지) 및 제9조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))을 준용합니다.

④ 이 특약이 보험업법 제127조 및 보험업법시행령 제71조에 의하여 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 특약 내용 및 보험요율을 적용하여 갱신되며, 이 경우 그 변경 내용을 계

약자에게 보험기간 종료일 30일 전까지 알려드립니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다. 그러나, 보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부를 부담하는 경우에 계약자는 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻고 이 특약을 해지할 수 있습니다.
② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제6조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입 (계약자의 주된 의무)

제7조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시일】
① 이 특약의 보험료납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 이 특약을 체결하는 경우, 주계약의 보험료 납입이 완료되었을 때에는 특약의 보험료를 일시 납입하여야 하며, 주계약의 보험료 납입기간 중일 때에는 회사에서 정한 방법에 따라 제1회 특약의 보험료를 정산한 후 차회 이후의 보험료를 주계약 보험료와 함께 납입하여야 합니다.
② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 특약이 체결된 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제8조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 회사는 주계약에 정한 보험료 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 급여금을 지급합니다.

제9조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제7조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급 (회사의 주된 의무)

제10조【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 교통재해분류표(별표1 참조)에서 정한 교통재해(이하 “교통재해”라 합니다)로 인하여 사망하였을 때에는 1구좌(특약보험가입금액 100만원) 기준 1,000만원을 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 교통재해사망보험금으로 지급합니다.

제11조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失踪宣告)를 받은 경우[단, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때]에는 보험대상자(피보험자)가 사망한 것으로 보고, 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에 해당하는 경우에는 교통재해사망보험금을 지급합니다.

② 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 교통재해가 발생하고 특약이 더 이상 효력을 가지지 아니하는 경우에도 교통재해일부터 2년 이내에 그 교통재해로 인하여 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에 해당하는 사유가 발생한 때에는 회사가 보장을 합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지(解止)할 수 있습니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우
   그러나, 보험대상자(피보험자)가 정신질환상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
   그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 “보험금을 받는 자(보험수익자)”인 경우에는 그 보험금을 받는 자(보험수익자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

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

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
2. 제1항 제2호 및 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리지 아니합니다.

③ 제2항 제1호의 경우 보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 보험료 부담 비율에 따라 계약자와 보험대상자(피보험자)에게 지급합니다.

제13조【해약환급금】

이 특약은 해약환급금이 없습니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등 청구시 구비서류】

① 보험금을 받는 자(보험수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류(교통재해사망보험금 청구시 보험대상자(피보험자)의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경

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

제15조【보험금 등의 지급】
① 회사는 제14조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
② 회사는 제1항에 의한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 지급기일부터 7일 이내에 지급지연을 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자에게 통보하고 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제5관 기타사항

제16조【주계약 약관의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표1)

교 통 재 해 분 류 표

1. 이 특약에서 교통재해라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.

   가.운행 중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함합니다)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 인하여 그 운행 중의 교통기관에 탑승하고 있지 아니한 보험대상자(피보험자)가 입은 재해

   나.운행 중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말합니다)에 있는 동안 보험대상자(피보험자)가 입은 재해

   다.도로 통행 중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙하물로 인하여 보험대상자(피보험자)가 입은 재해

2. 제1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다.

   가.기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카(공중 케이블차를 포함합니다), 에레베이타 및 에스카레이타 등

   나.승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠타, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등

   다.항공기, 선박(요트, 모타보트, 보트를 포함합니다) 등

3. 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 재해일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행 중에 발생한 사고는 교통재해로 봅니다.

4. 제1호 “가” 또는 “나”에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 보험대상자(피보험자)의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통재해로 보지 아니합니다.

5. 이 표에서 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에게 개방되어 있는 모든 도로(자동차 전용도로 및 통로를 포함합니다)로서 터널, 교량, 도선시설 등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다.

(별표2) 재해분류표

무배당 AIG베스트파트너상해보험 약관의 (별표1)과 동일

무배당 단체재해상해보장특약(2형) 약관

무배당 단체재해상해보장특약(2형) 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 체결 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
② 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자가 이 특약을 청약하는 경우에도 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
③ 주계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되거나 보험대상자(피보험자)가 사망하는 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【보험대상자(피보험자)의 범위】
이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다.

제3조【특약 내용의 변경】
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 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다.
③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제4조【특약의 갱신】
① 계약자가 이 특약의 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 종료일의 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 아니한다는 통지를 하지 아니한 때에는 이 특약은 주계약이 갱신되는 경우에 자동으로 갱신됩니다.
② 이 특약을 갱신하는 경우 갱신된 특약의 보험기간 종료일은 보험대상자(피보험자)의 나이가 70세가 되는 날을 초과할 수 없습니다.
③ 갱신계약에 대하여는 다음 각 호의 내용을 따릅니다.
1. 갱신계약의 제1회 보험료 납입해당일을 갱신일로 합니다.
2. 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 보험대상자(피보험자)의 나이에 따라 계산된 보험료를 적용합니다.
3. 갱신계약의 보장개시일은 갱신일이 보장개시일이 되며, 또한 갱신계약에 대해서도 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항, 제6조(특약의 보험기간), 제7조(보험료 납입 및 회사의 보장개시일), 제8조(보험료 납입연체시 특약의 해지) 및 제9조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))을 준용합니다.

④ 이 특약이 보험업법 제127조 및 보험업법시행령 제71조에 의하여 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 특약 내용 및 보험요율을 적용하여 갱신되며, 이 경우 그 변경 내용을 계약자에게 보험기간 종료일 30일 전까지 알려드립니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다. 그러나, 보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부를

부담하는 경우에 계약자는 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻고 이 특약을 해지할 수 있습니다.
② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제6조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입 (계약자의 주된 의무)

제7조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시일】
① 이 특약의 보험료납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 이 특약을 체결하는 경우, 주계약의 보험료 납입이 완료되었을 때에는 특약의 보험료를 일시 납입하여야 하며, 주계약의 보험료 납입기간 중일 때에는 회사에서 정한 방법에 따라 제1회 특약의 보험료를 정산한 후 차회 이후의 보험료를 주계약 보험료와 함께 납입하여야 합니다.
② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 특약이 체결된 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제8조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 회사는 주계약에 정한 보험료 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 급여금을 지급합니다.

제9조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제7조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급 (회사의 주된 의무)

제10조【보험금의 종류 및 지급사유】
회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 재해분류표(별표2 참조)에서 정한 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인하여 장해분류표(별표3 참조)에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 재해장해급여금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제11조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 그 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
② 제1항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
③ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 "두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위"에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
④ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑤ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 "동일한 재해"로 인하여 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표3 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑦ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 다른 재해로 인하여 장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 재해장해급여금을 지급받은 동일 부위에 가중된 장해일 때에는 최종 장해상태에 해당하는 재해장해급여금에서 이미 지급한 재해장해급여금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑧ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 보험대상자(피보험자)에게 그 신체의 동일부위에 또 다시 제7항의 장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해에 대한 재해장해급여금에서 이미 지급한 것으로 간주한 재해장해급여금을 차감하여 지급합니다.
1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 재해장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 제1호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 재해장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 재해장해급여금이 지급되지 않았던 장해

⑨ "동일한 재해"로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.
⑩ 제5항 및 제9항의 "동일한 재해"는 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제12조【해약환급금】
이 특약은 해약환급금이 없습니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아

닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관) 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제14조【보험금 등의 지급】
① 회사는 제13조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
② 회사는 제1항에 의한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 지급기일부터 7일 이내에 지급지연을 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자에게 통보하고 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제5관 기타사항

제15조【주계약 약관의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급 기준표

- 재해장해급여금 (약관 제10조)

지급사유	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 재해로 인하여 장해분류표(별표3 참조)에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때
지급금액	특약보험가입금액의 1,000% × 해당 장해지급률

(별표2) 재해분류표
무배당 AIG베스트파트너상해보험 약관의 (별표1)과 동일

(별표3) 장해분류표
무배당 단체일반사망특약 약관의 (별표2)와 동일

무배당 단체교통재해상해보장특약(2형) 약관

무배당 단체교통재해상해보장특약(2형) 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 체결 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
② 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자가 이 특약을 청약하는 경우에도 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
③ 주계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되거나 보험대상자(피보험자)가 사망하는 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【보험대상자(피보험자)의 범위】
이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다.

제3조【특약 내용의 변경】
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 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다.
③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제4조【특약의 갱신】
① 계약자가 이 특약의 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 종료일의 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 아니한다는 통지를 하지 아니한 때에는 이 특약은 주계약이 갱신되는 경우에 자동으로 갱신됩니다.
② 이 특약을 갱신하는 경우 갱신된 특약의 보험기간 종료일은 보험대상자(피보험자)의 나이가 70세가 되는 날을 초과할 수 없습니다.
③ 갱신계약에 대하여는 다음 각 호의 내용을 따릅니다.
1. 갱신계약의 제1회 보험료 납입해당일을 갱신일로 합니다.
2. 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 보험대상자(피보험자)의 나이에 따라 계산된 보험료를 적용합니다.
3. 갱신계약의 보장개시일은 갱신일이 보장개시일이 되며, 또한 갱신계약에 대해서도 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항, 제6조(특약의 보험기간), 제7조(보험료 납입 및 회사의 보장개시일), 제8조(보험료 납입연체시 특약의 해지) 및 제9조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))을 준용합니다.

④ 이 특약이 보험업법 제127조 및 보험업법시행령 제71조에 의하여 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 특약 내용 및 보험요율을 적용하여 갱신되며, 이 경우 그 변경 내용을 계약자에게 보험기간 종료일 30일 전까지 알려드립니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다. 그러나, 보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부를

부담하는 경우에 계약자는 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻고 이 특약을 해지할 수 있습니다.
② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제6조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입 (계약자의 주된 의무)

제7조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시일】
① 이 특약의 보험료납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 이 특약을 체결하는 경우, 주계약의 보험료 납입이 완료되었을 때에는 특약의 보험료를 일시 납입하여야 하며, 주계약의 보험료 납입기간 중일 때에는 회사에서 정한 방법에 따라 제1회 특약의 보험료를 정산한 후 차회 이후의 보험료를 주계약 보험료와 함께 납입하여야 합니다.
② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 특약이 체결된 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제8조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 회사는 주계약에 정한 보험료 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 급여금을 지급합니다.

제9조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제7조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급 (회사의 주된 의무)

제10조【보험금의 종류 및 지급사유】
회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 교통재해분류표(별표2 참조)에서 정한 재해(이하 “교통재해”라 합니다)로 인하여 장해분류표(별표3 참조)에서 정한 장해지급률 중 3% 이상 100%이하에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 교통재해장해급여금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제11조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 교통재해로 인하여 장해상태가 되고 그 장해지급률이 교통재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 교통재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
② 제1항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 교통재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
③ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 "두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위"에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
④ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑤ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 "동일한 교통재해"로 인하여 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표3 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑦ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 다른 교통재해로 인하여 장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 교통재해장해급여금을 지급받은 동일 부위에 가중된 장해일 때에는 최종 장해상태에 해당하는 교통재해장해급여금에서 이미 지급한 교통재해장해급여금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑧ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 그 교통재해 전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 보험대상자(피보험자)에게 그 신체의 동일부위에 또 다시 제7항의 장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해에 대한 교통재해장해급여금에서 이미 지급한 것으로 간주한 교통재해장해급여금을 차감하여 지급합니다.
1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 교통재해장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 제1호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 교통재해장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 교통재해장해급여금이 지급되지 않았던 장해

⑨ "동일한 교통재해"로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.
⑩ 제5항 및 제9항의 "동일한 교통재해"는 하나의 사고로 인한 교통재해를 말합니다.

제12조【해약환급금】
이 특약은 해약환급금이 없습니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제14조【보험금 등의 지급】

① 회사는 제13조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제1항에 의한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 지급기일부터 7일 이내에 지급지연을 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자에게 통보하고 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제5관 기타사항

제15조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급 기준표

- 교통재해장해급여금 (약관 제10조)

지급사유	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 교통재해로 인하여 장해분류표(별표3 참조)에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때
지급금액	특약보험가입금액의 1,000% × 해당 장해지급률

(별표2) 교통재해분류표
무배당 단체교통재해사망보장특약 약관의 (별표1)과 동일

(별표3) 장해분류표
무배당 단체일반사망특약 약관의 (별표2)와 동일

무배당 단체재해입원보장특약 약관

무배당 단체재해입원보장특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)

② 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자가 이 특약을 청약하는 경우에도 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.

③ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

1. 주계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
2. 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장해분류표(별표2 참조) 중 “동일한 재해(별표1 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다)” 또는 “재해 이외의 동일한 원인”으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우

④ 제3항 제2호에도 불구하고 보험대상자(피보험자)가 “동일한 재해” 또는 “재해 이외의 동일한 원인”으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되는 경우에도 주계약이 소멸하지 아니하는 경우에는 이 특약도 소멸되지 아니합니다.

⑤ 제3항 제2호의 경우 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 보험대상자(피보험자)가 사망한 것으로 인정합니다.

⑥ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 그 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑦ 제6항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망 포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표2 참조)상 “두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위”에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑨ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 “동일한 재해” 또는 “재해 이외의 동일한 원인”으로 인하여 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표2 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제3항 제2호, 제4항 및 제10항의 “동일한 재해”라 함은 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2조【보험대상자(피보험자)의 범위】
이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다.

제3조【특약 내용의 변경】
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 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다.
③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제4조【특약의 갱신】
① 계약자가 이 특약의 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 종료일의 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 아니한다는 통지를 하지 아니한 때에는 이 특약은 주계약이 갱신되는 경우에 자동으로 갱신됩니다.
② 이 특약을 갱신하는 경우 갱신된 특약의 보험기간 종료일은 보험대상자(피보험자)의 나이가 70세가 되는 날을 초과할 수 없습니다.
③ 갱신계약에 대하여는 다음 각 호의 내용을 따릅니다.
1. 갱신계약의 제1회 보험료 납입해당일을 갱신일로 합니다.
2. 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 보험대상자(피보험자)의 나이에 따라 계산된 보험료를 적용합니다.
3. 갱신계약의 보장개시일은 갱신일이 보장개시일이 되며, 또한 갱신계약에 대해서도 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항, 제6조(특약의 보험기간), 제7조(보험료 납입 및 회사의 보장개시일), 제8조(보험료 납입연체시 특약의 해지) 및 제9조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))을 준용합니다.

④ 이 특약이 보험업법 제127조 및 보험업법시행령 제71조에 의하여 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 특약 내용 및 보험요율을 적용하여 갱신되며, 이 경우 그 변경 내용을 계약자에게 보험기간 종료일 30일 전까지 알려드립니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다. 그러나, 보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부를 부담하는 경우에 계약자는 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻고 이 특약을 해지할 수 있습니다.
② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제6조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입 (계약자의 주된 의무)

제7조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시일】
① 이 특약의 보험료납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 이

특약을 체결하는 경우, 주계약의 보험료 납입이 완료되었을 때에는 특약의 보험료를 일시 납입하여야 하며, 주계약의 보험료 납입기간 중일 때에는 회사에서 정한 방법에 따라 제1회 특약의 보험료를 정산한 후 차회 이후의 보험료를 주계약 보험료와 함께 납입하여야 합니다.
② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 특약이 체결된 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제8조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 회사는 주계약에 정한 보험료 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 급여금을 지급합니다.

제9조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제7조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급 (회사의 주된 의무)

제10조【“입원”의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)자가 재해로 인한 보험대상자(피보험자)의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원, 의원 또는 조산원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조【보험금의 종류 및 지급사유】
회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항에 해당되는 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 재해입원급여금을 지급합니다.

(특약보험가입금액 1구좌 기준)

지급사유	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 하여 4일 이상 계속하여 입원하였을 경우 (1회 입원당 120일 한도)
지급금액	3일 초과 입원일수 1일당 1,000원

제12조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)의 재해입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
② 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 보험대상자(피보험자)가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

③ 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 보험대상자(피보험자)가 재해입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 재해입원급여금을 지급합니다.
④ 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 보험대상자(피보험자)가 동일한 재해로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고서 각 입원일수를 합산하고 제1항을 적용합니다. 그러나 동일한 재해에 의한 입원이라도 재해입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
⑤ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 재해입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
이 특약은 해약환급금이 없습니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(입원증명서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제15조【보험금 등의 지급】
① 회사는 제14조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
② 회사는 제1항에 의한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 지급기일부터 7일 이내에 지급지연을 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자에게 통보하고 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제5관 기타사항

제16조【주계약 약관의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표1) 재해분류표

무배당 AIG베스트파트너상해보험 약관의 (별표1)과 동일

(별표2) 장해분류표

무배당 단체일반사망특약 약관의 (별표2)와 동일

무배당 단체의료비특약 약관

무배당 단체의료비특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 체결 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
② 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자가 이 특약을 청약하는 경우에도 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
③ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
1. 주계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
2. 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장해분류표(별표3 참조) 중 “동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다)” 또는 “재해 이외의 동일한 원인”으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우

④ 제3항 제2호에도 불구하고 보험대상자(피보험자)가 “동일한 재해” 또는 “재해이외의 동일한 원인”으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되는 경우에도 주계약이 소멸하지 아니하는 경우에는 이 특약도 소멸되지 아니합니다.
⑤ 제3항 제2호의 경우 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 보험대상자(피보험자)가 사망한 것으로 인정합니다.
⑥ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 그 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
⑦ 제6항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망 포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑧ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 “두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위”에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
⑨ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑩ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 “동일한 재해” 또는 “재해 이외의 동일한 원인”으로 인하여 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표3 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑫ 제3항 제2호, 제4항 및 제10항의 “동일한 재해”라 함은 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2조【보험대상자(피보험자)의 범위】
이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다.

제3조【특약 내용의 변경】
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 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다.
③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제4조【특약의 갱신】
① 계약자가 이 특약의 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 종료일의 15일 이전까지 이 특약을 갱신하지 아니한다는 통지를 아니한 때에는 이 특약은 주계약이 갱신되는 경우에 자동으로 갱신됩니다.
② 이 특약을 갱신하는 경우 갱신된 특약의 보험기간 종료일은 보험대상자(피보험자)의 나이가 70세가 되는 날을 초과할 수 없습니다.
③ 갱신계약에 대하여는 다음 각 호의 내용을 따릅니다.
1. 갱신계약의 제1회 보험료 납입해당일을 갱신일로 합니다.
2. 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 보험대상자(피보험자)의 나이에 따라 계산된 보험료를 적용합니다.
3. 갱신계약의 보장개시일은 갱신일이 보장개시일이 되며, 또한 갱신계약에 대해서도 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항, 제6조(특약의 보험기간), 제7조(보험료 납입 및 회사의 보장개시일), 제8조(보험료 납입연체시 특약의 해지) 및 제9조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))을 준용합니다.

④ 이 특약이 보험업법 제127조 및 보험업법시행령 제71조에 의하여 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 특약 내용 및 보험요율을 적용하여 갱신되며, 이 경우 그 변경 내용을 계약자에게 보험기간 종료일 30일 전까지 알려드립니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다. 그러나, 보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부를 부담하는 경우에 계약자는 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻고 이 특약을 해지할 수 있습니다.
② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제6조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입 (계약자의 주된 의무)

제7조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시일】
① 이 특약의 보험료납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 이 특약을 체결하는 경우, 주계약의 보험료 납입이 완료되었을 때에는 특약의 보험료를 일시 납입하여야 하며, 주계약의 보험료 납입기간 중일 때에는 회사에서 정한 방법에 따라 제1회 특약의 보험료를 정산한 후 차회 이후의 보험료를 주계약 보험료와 함께 납입하여야 합니다.
② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제1조(특

약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 특약이 체결된 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제8조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 회사는 주계약에 정한 보험료 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 급여금을 지급합니다.

제9조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제7조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급 (회사의 주된 의무)

제10조【“입원”의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 질병분류표(별표4 참조)에서 정한 질병으로 인한 보험대상자(피보험자)의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조【“수술”의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병 및 재해분류표(별표5 참조)에서 정한 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 수술의 종류 및 등급분류표(별표6 참조)에서 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴濟) 등의 조치 및 신경(神經) block은 제외]를 하는 것을 말합니다.

제12조【보험금의 종류 및 지급사유】
회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 급여금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 질병분류표(별표4 참조)에서 정한 질병으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 하여 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 질병입원급여금
2. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 하여 제11조(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받았을 때 : 수술급여금

제13조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제12조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고한도로 합니다.

② 제12조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 보험대상자(피보험자)가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
③ 제12조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 보험대상자(피보험자)가 입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 입원급여금을 지급합니다.
④ 제12조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 보험대상자(피보험자)가 동일한 질병으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고서 각 입원일수를 합산하고 제1항을 적용합니다. 그러나 동일한 질병에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
⑤ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.
⑥ 제12조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 경우 회사는 보험대상자(피보험자)가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급여금을 지급합니다.

제14조【해약환급금】
이 특약은 해약환급금이 없습니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제15조【보험금 등 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(입원증명서, 수술증명서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제16조【보험금 등의 지급】
① 회사는 제15조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
② 회사는 제1항에 의한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 지급기일부터 7일 이내에 지급지연을 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자에게 통보하고 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제5관 기타사항

제17조【주계약 약관의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급 기준표

(특약보험가입금액 1구좌 기준)

급부명칭	지급사유	지급금액
질병입원급여금 (약관 제12조 제1호)	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 질병으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 하여 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 (1회 입원당 180일 한도)	3일 초과 입원일수 1일당 1,000원
수술급여금 (약관 제12조 제2호)	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 하여 제11조(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받았을 때	1종 수술 : 10,000원 2종 수술 : 30,000원 3종 수술 : 50,000원

(별표2) 재해분류표

무배당 AIG베스트파트너상해보험 약관의 (별표1)과 동일

(별표3) 장해분류표

무배당 단체일반사망특약 약관의 (별표2)와 동일

(별표4)

질병 분류표

이 분류는 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2002-1호, 2003.1.1 시행)에 의한 것입니다.

분 류 항 목	분류번호
Ⅰ. 특정 감염성 및 기생충성 질환	A00-B99
Ⅱ. 신생물	C00-D48
Ⅲ. 혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정 장애	D50-D89
Ⅳ. 내분비, 영양 및 대사 질환	E00-E90
Ⅵ. 신경계통의 질환	G00-G99
Ⅶ. 눈 및 눈 부속기의 질환	H00-H59
Ⅷ. 귀 및 꼭지돌기의 질환	H60-H95
Ⅸ. 순환기계통의 질환	I00-I99
Ⅹ. 호흡기계통의 질환	J00-J99
XI. 소화기계통의 질환	K00-K93
XⅡ.피부 및 피부밑조직의 질환	L00-L99
XⅢ.근육골격계통 및 결합조직의 질환	M00-M99
XIV.비뇨생식기계통의 질환	N00-N99
XV. 임신, 출산 및 산후기	O00-O99
XVI.출생전후기에 기원한 특정 병태	P00-P96
XⅧ.달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견	R00-R99

㈜ 다음 사항은 입원급여금 지급대상에서 제외합니다.

1. 정신장해(심신상실, 정신박약을 포함합니다)로 인하여 입원한 경우
2. 선천적인 장해로 인하여 입원한 경우
3. 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우
4. 치의보철과 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우
5. 치료를 수반하지 아니하는 건강진단(인간 도-크 검사를 포함합니다), 미용상의 처치, 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원한 경우

(별표5)

질병 및 재해 분류표

이 분류는 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2002-1호, 2003.1.1 시행)에 의한 것입니다.

분 류 항 목	분류번호
Ⅰ. 특정 감염성 및 기생충성 질환	A00-B99
Ⅱ. 신생물	C00-D48
Ⅲ. 혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정 장애	D50-D89
Ⅳ. 내분비, 영양 및 대사 질환	E00-E90
Ⅵ. 신경계통의 질환	G00-G99
Ⅶ. 눈 및 눈 부속기의 질환	H00-H59
Ⅷ. 귀 및 꼭지돌기의 질환	H60-H95
Ⅸ. 순환기계통의 질환	I00-I99
Ⅹ. 호흡기계통의 질환	J00-J99
XI. 소화기계통의 질환	K00-K93
XⅡ.피부 및 피부밑조직의 질환	L00-L99
XⅢ.근육골격계통 및 결합조직의 질환	M00-M99
XIV.비뇨생식기계통의 질환	N00-N99
XV. 임신, 출산 및 산후기	O00-O99
XVI.출생전후기에 기원한 특정 병태	P00-P96
XⅧ.달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견	R00-R99
XIX.손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과	S00-T98
XX. 질병이환 및 사망의 외인 ·전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 질병 ·치료상 부작용을 일으키는 약품, 의약품 및 생물제재에 의한 사고	V01-Y98

(별표6)

수 술 의 종 류 및 등 급 분 류 표

"수술"이란 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 하고 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며 다음표의 수술번호 1~88 을 지칭합니다. 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(摘濟) 등의 조치 및 신경 차단(Nerve Block)은 제외합니다.

수 술 의 종 류		등급
피부 · 유방의 수술 (皮膚 · 乳房의 手術)	1. 식피술(植皮術) (25 ㎠ 미만은 제외함)	2종
	2. 유방절단술(乳房切斷術)	2종
근골의 수술 (筋骨의 手術) [발정술(拔釘術)은 제외함]	3. 골이식술(骨移植術)	2종
	4. 골수염 · 골결핵수술(骨髓炎 · 骨結核手術) [농양(膿瘍)의 단순한 절개는 제외함]	2종
	5. 두개골 관혈수술(頭蓋骨 觀血手術) [비골 · 비중격(鼻骨 · 鼻中隔)은 제외함]	2종
	6. 비골 관혈수술(鼻骨 觀血手術) [비중격 만곡증수술(鼻中隔 灣曲症手術)은 제외함]	1종
	7. 상악골 · 하악골 · 악관절 관혈수술 (上顎骨 · 下顎骨 · 顎關節 觀血手術) [치 · 치육(齒 · 齒肉)의 처치에 수반하는 것은 제외함]	2종
	8. 척추 · 골반 관혈수술(脊椎 · 骨盤 觀血手術)	2종
	9. 쇄골 · 견갑골 · 늑골 · 흉골 관혈수술 (鎖骨 · 肩胛骨 · 肋骨 · 胸骨 觀血手術)	1종
	10. 사지절단술(四肢切斷術) [손가락 · 발가락은 제외함]	2종
	11. 절단사지재접합술(切斷四肢再接合術) [골 · 관절(骨 · 關節)의 이단(離斷)에 수반 하는 것]	2종
	12. 사지골 · 사지관절 관혈수술(四肢骨 · 四肢關節 觀血手術) [손가락 · 발가락은 제외함]	1종
	13. 근 · 건 · 인대 관혈수술(筋 · 腱 · 靭帶 觀血手術) [손가락 · 발가락은 제외하고, 근염 · 결절종 · 점액종수술(筋炎 · 結節腫 · 粘液腫 手術)은 제외함]	1종
호흡기 · 흉부의 수술 (呼吸器 · 胸部의 手術)	14. 만성부비강염근본수술(慢性副鼻腔炎根本手術)	1종
	15. 후두전적제술(喉頭全摘除術)	2종
	16. 기관 · 기관지 · 폐 · 흉막수술(氣管 · 氣管支 · 肺 · 胸膜手術) [개흉술(開胸術)을 수반하는 것]	2종
	17. 흉곽형성술(胸廓形成術)	2종
	18. 종격종양적출술(縱隔腫瘍摘出術)	3종
순환기 · 비의 수술 (循環期 · 脾의 手術)	19. 관혈적혈관형성술(觀血的血管形成術) [혈액투석용(血液透析用) Shunt형성술(形成術)을 제외함]	2종
	20. 정맥류근본수술(靜脈瘤根本手術)	1종
	21. 대동맥 · 대정맥 · 폐정맥 · 관동맥수술 (大動脈 · 大靜脈 · 肺動脈 · 冠動脈手術) [개흉, 개복술(開胸, 開腹術)을 수반하는 것]	3종
	22. 심막절개 · 봉합술(心膜切開 · 縫合術)	2종
	23. 직시하심장내수술(直視下心臟內手術)	3종
	24. 체내용(體內用) Pacemaker 매입술(埋入術)	2종
	25. 비(脾)적제술(摘除術)	2종

수 술 의 종 류		등급
소화기의 수술 (消化器의 手術)	26. 이하선종양적출술(耳下腺腫瘍摘出術)	2종
	27. 악하선종양적출술(顎下腺腫瘍摘出術)	1종
	28. 식도이단술(食道離斷術)	3종
	29. 위절제술(胃切除術)	3종
	30. 기타의 위·식도수술(胃·食道手術) [개흉·개복술(開胸·開腹術)을 수반하는 것]	2종
	31. 복막염수술(腹膜炎手術)	2종
	32. 간장·담낭·담도·췌장 관혈수술 (肝臟·膽囊·膽道·膵臟 觀血手術)	2종
	33. 탈장 근본수술(脫腸 根本手術)	1종
	34. 충수절제술·맹장봉축술(蟲垂切除術·盲腸縫縮術)	1종
	35. 직장탈근본수술(直腸脫根本手術)	2종
	36. 기타의 장·장간막수술 (腸·腸間膜手術) [개복술(開腹術)을 수반하는 것]	2종
	37. 근치를 목적으로 한 치루(痔瘻)·탈항(脫肛)·치핵(痔核) 근본수술(根本手術) [근치 (根治)를 목적으로 하지 않는 단순한 치핵(痔核)만의 수술은 제외함]	1종
뇨·성기의 수술 (尿·性器의 手術)	38. 신이식수술(腎移植手術) [수용자 (受容者)에 한함]	3종
	39. 신장·신우·뇨관·방광 관혈수술(腎臟·腎盂·尿管·膀胱 觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함]	2종
	40. 뇨도협착 관혈수술(尿道狹搾 觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함]	2종
	41. 뇨루폐쇄 관혈수술 (尿瘻閉鎖 觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함]	2종
	42. 음경절단술 (陰莖切斷術)	3종
	43. 고환·부고환·정관·정색·정낭·전립선수술(睾丸·副睾丸·精管·精索·精囊·前立腺手術)	2종
	44. 음낭수종 근본수술(陰囊水腫 根本手術)	1종
	45. 자궁광범전적제술(子宮廣汎全摘除術) [단순자궁전적(單純子宮全摘) 등의 자궁 전적제술(全摘除術)은 제외함]	3종
	46. 자궁경관형성술(子宮頸管形成術), 자궁경관봉축술(子宮頸管縫縮術)	1종
	47. 제왕절개만출술(帝王切開晩出術)	1종
	48. 자궁외임신수술(子宮外姙娠手術)	2종
	49. 자궁탈, 질탈수술(子宮脫 膣脫手術)	2종
	50. 기타의 자궁수술(子宮手術) [자궁경관 Polyp절제술(子宮頸管 Polyp切除術), 인공임신중절술(人工姙娠中絶術)은 제외함]	2종
	51. 난관, 난소 관혈수술(卵管, 卵巢 觀血手術) [경질적조작(經膣的操作)은 제외함]	2종
	52. 기타의 난관·난소 수술(卵管·卵巢 手術)	1종
내분비기의 수술 (內分泌器의 手術)	53. 뇌하수체종양적제술(下垂體腫瘍摘除術)	3종
	54. 갑상선수술(甲狀腺手術)	2종
	55. 부신전적제술(副腎全摘除術)	2종

수 술 의 종 류		등급
신경의 수술 (神經의 手術)	56. 두개내 관혈수술(頭蓋內 觀血手術) 57. 신경관혈수술(神經 觀血手術) [형성술 · 이식술 · 절제술 · 감압술 · 개방술 · 염제술(形成術 · 移植術 · 切除術 · 減壓術 · 開放術, 捻除術)] 58. 관혈적척수종양적출수술(觀血的脊髓腫瘍摘出手術) 59. 척수경막내외 관혈수술(脊髓硬膜內外 觀血手術)	3종 2종 3종 2종
감각기 시기의 수술 (感覺器 視器의 手術)	60. 안검하수증수술(眼瞼下垂症手術) 61. 누소관형성술(淚小管形成術) 62. 누낭비강문합술(淚囊鼻腔吻合術) 63. 결막낭형성술(結膜囊形成術) 64. 각막이식술(角膜移植術) 65. 관혈적전방 · 홍채 · 초자체 · 안와내 이물제거술 (觀血的前房 · 虹彩 · 硝子體 · 眼窩內異物除去術) 66. 홍채전후유착 박리술(虹彩前後癒着 剝離術) 67. 녹내장 관혈수술(綠內障 觀血手術) 68. 백내장 · 수정체 관혈수술(白內障 · 水晶體 觀血手術) 69. 초자체 관혈수술(硝子體 觀血手術) 70. 망막박리증수술(網膜剝離症手術) 71. Laser 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구수술(眼球手術) [시술(施術) 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함] 72. 안구적제술, 조직충전술(眼球摘除術, 組織充塡術) 73. 안와종양적출술(眼窩腫瘍摘出術) 74. 안근이식술(眼筋移植殖術)	1종 1종 1종 1종 1종 1종 1종 2종 2종 1종 1종 1종 2종 2종 1종
감각기 청기의 수술 (感覺器 聽器의 手術)	75. 관혈적고막, 고실형성술(觀血的鼓膜, 鼓室形成術) 76. 유양동삭개술(乳樣洞削開術) 77. 중이근본수술(中耳根本手術) 78. 내이 관혈수술(內耳 觀血手術) 79. 청신경종양적출술(聽神經腫瘍摘出術)	2종 1종 2종 2종 3종
악성신생물의 수술 (惡性新生物의 手術)	80. 악성신생물근치수술(惡性新生物根治手術) 81. 악성신생물온열료법(惡性新生物溫熱療法) [시술(施術) 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함] 82. 기타의 악성신생물수술(惡性新生物手術)	3종 1종 2종
상기이외의 수술 (上記以外의 手術)	83. 상기이외의 개두술(開頭術) 84. 상기이외의 개흉술(開胸術) 85. 상기이외의 개복술(開腹術) 86. 충격파(衝擊波)에 의한 체내결석파쇄술(體內結石破碎術) [시술(施術) 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함] 87. Fiberscope 또는 혈관 (血管) Basket Catheter에 의한 뇌 · 후두 · 흉부 · 복부 장기수술(腦 · 喉頭 · 胸部 · 腹部 臟器手術) [검사, 처치는 포함하지 않음. 시술(施術) 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종 2종 1종 2종 1종
신생물근치 방사선조사 (新生物根治 放射線照射)	88. 신생물근치 방사선조사(新生物根治 放射線照射) [5,000 Rad 이상의 조사 (照射)로 시술(施術)개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	1종

상기의 「수술의 종류 및 등급분류표」상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계

에서 인정하고 있는 첨단의 의료기법으로 시술한 경우에는 「수술의 종류 및 등급분류표」상의 동일부위 수술로 봅니다.

- 비　　고 -

1. 치료를 목적으로 한 수술

"치료를 목적으로 한 수술"이란 치료를 위한 수술을 말하며, 예를 들어 미용정형수술, 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술, 충수의 예방적 수술 등은 해당되지 아니합니다.

2. 개두술

"개두술"이란 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.

3. 개흉술

"개흉술"이란 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한, 개흉술에 준하는 것은 늑골, 흉골의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.

4. 개복술

"개복술"이란 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한, 개복술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적조작에 의한 것은 해당되지 아니합니다.

무배당 단체입원진료비보장특약 약관

무배당 단체입원진료비보장특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)

② 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자가 이 특약을 청약하는 경우에도 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.

③ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

1. 주계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
2. 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장해분류표(별표2 참조) 중 “동일한 재해(별표1 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다)” 또는 “재해 이외의 동일한 원인”으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우

④ 제3항 제2호에도 불구하고 보험대상자(피보험자)가 “동일한 재해” 또는 “재해 이외의 동일한 원인”으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되는 경우에도 주계약이 소멸하지 아니하는 경우에는 이 특약도 소멸되지 아니합니다.

⑤ 제3항 제2호의 경우 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 보험대상자(피보험자)가 사망한 것으로 인정합니다.

⑥ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 그 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑦ 제6항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망 포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표2 참조)상 “두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위”에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑨ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 “동일한 재해” 또는 “재해 이외의 동일한 원인”으로 인하여 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표2 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제3항 제2호, 제4항 및 제10항의 “동일한 재해”라 함은 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2조【보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격득실】

① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 다음에 정한 자 중 특약 체결시 계약자가 선택한 자로 합니다.

1. 주계약의 보험대상자(피보험자)
2. 주계약 보험대상자(피보험자)의 특약 체결시 호적상 또는 주민등록상의 배우자(이하 “배우자”라 합니다), 자녀, 직계존속(배우자의 직계존속 포함), 형제, 자매

② 보험대상자(피보험자)가 제1항 제2호에서 정한 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다. 다만, 주계약 보험대상자(피보험자)의 사망에 의한 경우는 제외합니다.

③ 보험대상자(피보험자)가 제1항 제2호에서 정한 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 제1항 제2호에서 정한 자녀인 경우 제2항에도 불구하고 계약자의 해지청구가 없을 때에는 이 특약의 효력은 계속됩니다.

제3조【특약 내용의 변경】

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 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다.

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

제4조【특약의 갱신】

① 계약자가 이 특약의 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 종료일의 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 아니한다는 통지를 하지 아니한 때에는 이 특약은 주계약이 갱신되는 경우에 자동으로 갱신됩니다.

② 이 특약을 갱신하는 경우 갱신된 특약의 보험기간 종료일은 보험대상자(피보험자)의 나이가 70세가 되는 날을 초과할 수 없습니다.

③ 갱신계약에 대하여는 다음 각 호의 내용을 따릅니다.

1. 갱신계약의 제1회 보험료 납입해당일을 갱신일로 합니다.
2. 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 보험대상자(피보험자)의 나이에 따라 계산된 보험료를 적용합니다.
3. 갱신계약의 보장개시일은 갱신일이 보장개시일이 되며, 또한 갱신계약에 대해서도 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항, 제6조(특약의 보험기간), 제7조(보험료 납입 및 회사의 보장개시일), 제8조(보험료 납입연체시 특약의 해지) 및 제9조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))을 준용합니다.

④ 이 특약이 보험업법 제127조 및 보험업법시행령 제71조에 의하여 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 특약 내용 및 보험요율을 적용하여 갱신되며, 이 경우 그 변경 내용을 계약자에게 보험기간 종료일 30일 전까지 알려드립니다.

제5조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다. 그러나, 보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부를 부담하는 경우에 계약자는 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻고 이 특약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제6조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입 (계약자의 주된 의무)

제7조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시일】
① 이 특약의 보험료납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 이 특약을 체결하는 경우, 주계약의 보험료 납입이 완료되었을 때에는 특약의 보험료를 일시 납입하여야 하며, 주계약의 보험료 납입기간 중일 때에는 회사에서 정한 방법에 따라 제1회 특약의 보험료를 정산한 후 차회 이후의 보험료를 주계약 보험료와 함께 납입하여야 합니다.
② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 특약이 체결된 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제8조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 회사는 주계약에 정한 보험료 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 급여금을 지급합니다.

제9조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제7조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급 (회사의 주된 의무)

제10조【“입원”의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다) 또는 조산사(助産師)의 자격을 가진 자가 질병 및 재해분류표(별표3 참조)에서 정한 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인한 보험대상자(피보험자)의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원, 의원 또는 조산원에 입실하여 의사 또는 조산사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조【보험금의 종류 및 지급사유】
회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항에 해당되는 지급사유가

발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 입원진료비보장급여금을 지급합니다.

<table>
<tr><td>지급사유</td><td>특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하여 “국민건강보험법에 정한 요양급여”(이하 “법정급여”라 합니다)가 발생하고, 1회 입원법정급여총액이 10만원을 초과하였을 때</td></tr>
<tr><td>지급금액</td><td>1회 입원당 법정급여총액의 20% (300만원 한도)
<table><tr><th>1 회 입원 법정급여총액</th><th>지급금액</th></tr><tr><td>10 만원 초과 15 만원 이하
15 만원 초과 20 만원 이하
(이하 5 만원씩 증가함)
.
.
1,495 만원 초과 1,500 만원 이하
1,500만원 초과</td><td>3 만원
4 만원
(이하 1 만원씩 증가함)
.
.
300 만원
300만원</td></tr></table></td></tr>
</table>

제12조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 입원진료비보장급여금의 급여기간은 국민건강보험법에서 정한 법정급여기간이내로 합니다.

② 입원진료비보장급여금의 1회 입원당 지급금액의 최고한도(300만원)는 계속중인 입원을 기준으로 결정합니다. 다만, 보험대상자(피보험자)가 동일한 질병 또는 재해(이하 “동일 원인”이라 합니다)로 인하여 그 치료를 직접목적으로 의료시설을 이전하여 입원하는 경우에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다. 그러나 동일 원인으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하더라도 입원진료비보장급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 보험대상자(피보험자)가 입원진료비보장급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속중인 입원기간에 대하여는 계속 입원진료비보장급여금을 지급하여 드리며, 보험대상자(피보험자)가 입원진료비보장급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격득실) 제2호에 따라 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실한 경우에도 그 계속중인 입원기간에 대하여는 입원진료비보장급여금을 지급하여 드립니다.

제13조【해약환급금】

이 특약은 해약환급금이 없습니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등 청구시 구비서류】

① 보험금을 받는 자(보험수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진료비명세서 또는 요양의 내역을 기재한 영수증(요양취급기관 발행)]
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제15조【보험금 등의 지급】
① 회사는 제14조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
② 회사는 제1항에 의한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 지급기일부터 7일 이내에 지급지연을 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자에게 통보하고 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제5관 기타사항

제16조【주계약 약관의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표1) 재해분류표
무배당 AIG베스트파트너상해보험 약관의 (별표1)과 동일

(별표2) 장해분류표
무배당 단체일반사망특약 약관의 (별표2)와 동일

(별표3)

질병 및 재해 분류표

이 분류는 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2002-1호, 2003.1.1 시행)에 의한 것입니다.

분 류 항 목	분류번호
Ⅰ. 특정 감염성 및 기생충성 질환	A00-B99
Ⅱ. 신생물	C00-D48
Ⅲ. 혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정 장애	D50-D89
Ⅳ. 내분비, 영양 및 대사 질환	E00-E90
Ⅵ. 신경계통의 질환	G00-G99
Ⅶ. 눈 및 눈 부속기의 질환	H00-H59
Ⅷ. 귀 및 꼭지돌기의 질환	H60-H95
Ⅸ. 순환기계통의 질환	I00-I99
Ⅹ. 호흡기계통의 질환	J00-J99
XI. 소화기계통의 질환	K00-K93
XⅡ.피부 및 피부밑조직의 질환	L00-L99
XⅢ.근육골격계통 및 결합조직의 질환	M00-M99
XIV.비뇨생식기계통의 질환	N00-N99
XV. 임신, 출산 및 산후기	O00-O99
XVI.출생전후기에 기원한 특정 병태	P00-P96
XⅧ.달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견	R00-R99
XIX.손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과	S00-T98
XX. 질병이환 및 사망의 외인 ·전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 질병 ·치료상 부작용을 일으키는 약품, 의약품 및 생물제재에 의한 사고	V01-Y98

㈜ 다음 사항은 입원진료비보장급여금 지급대상에서 제외합니다.

1. 정신장애(심신상실, 정신박약을 포함)로 인하여 입원한 경우
2. 선천적인 장해로 인하여 입원한 경우
3. 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우
4. 치의보철과 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우
5. 치료를 수반하지 아니하는 건강진단(인간 도-크 검사를 포함합니다), 미용상의 처치, 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원한 경우
6. 자동차손해배상보장법 또는 산업재해보상보험법에 의해 보장되는 사고로 인하여 입원한 경우

무배당 단체간호비보장특약 약관

무배당 단체간호비보장특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)

② 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자가 이 특약을 청약하는 경우에도 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.

③ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

1. 주계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
2. 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장해분류표(별표2 참조) 중 “동일한 재해(별표1 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다)” 또는 “재해 이외의 동일한 원인”으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우

④ 제3항 제2호에도 불구하고 보험대상자(피보험자)가 “동일한 재해” 또는 “재해 이외의 동일한 원인”으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되는 경우에도 주계약이 소멸하지 아니하는 경우에는 이 특약도 소멸되지 아니합니다.

⑤ 제3항 제2호의 경우 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 보험대상자(피보험자)가 사망한 것으로 인정합니다.

⑥ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 그 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑦ 제6항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망 포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표2 참조)상 “두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위”에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑨ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 “동일한 재해” 또는 “재해 이외의 동일한 원인”으로 인하여 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표2 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제3항 제2호, 제4항 및 제10항의 “동일한 재해”라 함은 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2조【보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격득실】

① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 다음에 정한 자 중 특약 체결시 계약자가 선택한 자로 합니다.

1. 주계약의 보험대상자(피보험자)
2. 주계약 보험대상자(피보험자)의 특약 체결시 호적상 또는 주민등록상의 배우자(이하 “배우자”라 합니다), 자녀, 직계존속(배우자의 직계존속 포함), 형제, 자매

② 보험대상자(피보험자)가 제1항 제2호에서 정한 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다. 다만, 주계약 보험대상자(피보험자)의 사망에 의한 경우는 제외합니다.

③ 보험대상자(피보험자)가 제1항 제2호에서 정한 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 제1항 제2호에서 정한 자녀인 경우 제2항에도 불구하고 계약자의 해지청구가 없을 때에는 이 특약의 효력은 계속됩니다.

제3조【특약 내용의 변경】

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 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다.

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

제4조【특약의 갱신】

① 계약자가 이 특약의 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 종료일의 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 아니한다는 통지를 하지 아니한 때에는 이 특약은 주계약이 갱신되는 경우에 자동으로 갱신됩니다.

② 이 특약을 갱신하는 경우 갱신된 특약의 보험기간 종료일은 보험대상자(피보험자)의 나이가 70세가 되는 날을 초과할 수 없습니다.

③ 갱신계약에 대하여는 다음 각 호의 내용을 따릅니다.

1. 갱신계약의 제1회 보험료 납입해당일을 갱신일로 합니다.
2. 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 보험대상자(피보험자)의 나이에 따라 계산된 보험료를 적용합니다.
3. 갱신계약의 보장개시일은 갱신일이 보장개시일이 되며, 또한 갱신계약에 대해서도 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항, 제6조(특약의 보험기간), 제7조(보험료 납입 및 회사의 보장개시일), 제8조(보험료 납입연체시 특약의 해지) 및 제9조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))을 준용합니다.

④ 이 특약이 보험업법 제127조 및 보험업법시행령 제71조에 의하여 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 특약 내용 및 보험요율을 적용하여 갱신되며, 이 경우 그 변경 내용을 계약자에게 보험기간 종료일 30일 전까지 알려드립니다.

제5조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다. 그러나, 보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부를 부담하는 경우에 계약자는 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻고 이 특약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제6조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입 (계약자의 주된 의무)

제7조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시일】
① 이 특약의 보험료납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 이 특약을 체결하는 경우, 주계약의 보험료 납입이 완료되었을 때에는 특약의 보험료를 일시 납입하여야 하며, 주계약의 보험료 납입기간 중일 때에는 회사에서 정한 방법에 따라 제1회 특약의 보험료를 정산한 후 차회 이후의 보험료를 주계약 보험료와 함께 납입하여야 합니다.
② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 특약이 체결된 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제8조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 회사는 주계약에 정한 보험료 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 급여금을 지급합니다.

제9조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제7조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급 (회사의 주된 의무)

제10조【“입원”의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다) 또는 조산사(助産師)의 자격을 가진 자가 질병 및 재해분류표(별표3 참조)에서 정한 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인한 보험대상자(피보험자)의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원, 의원 또는 조산원에 입실하여 의사 또는 조산사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조【보험금의 종류 및 지급사유】
회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항에 해당되는 지급사유가

발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 간호비보장급여금을 지급합니다.

지급사유	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하여 “국민건강보험법에 정한 요양급여”(이하 “법정급여”라 합니다)가 발생하였을 때
지급금액	입원일수 1일당 특약보험가입금액의 1/1000

제12조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 간호비보장급여금의 급여기간은 국민건강보험법에서 정한 법정급여기간이내로 합니다.
② 보험대상자(피보험자)가 간호비보장급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속중인 입원기간에 대하여는 계속 간호비보장급여금을 지급하여 드리며, 보험대상자(피보험자)가 간호비보장급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격득실) 제2호에 따라 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실한 경우에도 그 계속중인 입원기간에 대하여는 간호비보장급여금을 지급하여 드립니다.

제13조【해약환급금】
이 특약은 해약환급금이 없습니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진료비명세서 또는 요양의 내역을 기재한 영수증(요양취급기관 발행)]
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제15조【보험금 등의 지급】
① 회사는 제14조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
② 회사는 제1항에 의한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 지급기일부터 7일 이내에 지급지연을 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자에게 통보하고 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제5관 기타사항

제16조【주계약 약관의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표1) 재해분류표

무배당 AIG베스트파트너상해보험 약관의 (별표1)과 동일

(별표2) 장해분류표

무배당 단체일반사망특약 약관의 (별표2)와 동일

(별표3) 질병 및 재해분류표

무배당 단체입원진료비보장특약 약관의 (별표3)과 동일

무배당 단체암특약 약관

무배당 단체암특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)

② 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자가 이 특약을 청약하는 경우에도 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.

③ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

1. 주계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
2. 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장해분류표(별표3 참조) 중 “동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다)” 또는 “재해 이외의 동일한 원인”으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우

④ 제3항 제2호에도 불구하고 보험대상자(피보험자)가 “동일한 재해” 또는 “재해 이외의 동일한 원인”으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되는 경우에도 주계약이 소멸하지 아니하는 경우에는 이 특약도 소멸되지 아니합니다.

⑤ 제3항 제2호의 경우 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 보험대상자(피보험자)가 사망한 것으로 인정합니다.

⑥ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 그 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑦ 제6항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망 포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 “두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위”에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑨ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 “동일한 재해” 또는 “재해 이외의 동일한 원인”으로 인하여 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표3 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제3항 제2호, 제4항 및 제10항의 “동일한 재해”라 함은 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2조【보험대상자(피보험자)의 범위】
이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다.

제3조【특약의 무효】
보험대상자(피보험자)가 계약일부터 제8조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제4항에서 정한 암보장개시일 전일 이전에 제11조(“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정되어 있는 경우에 회사는 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제4조【특약 내용의 변경】
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 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다.
③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제5조【특약의 갱신】
① 이 특약은 주계약이 갱신되는 경우에 자동으로 갱신됩니다.
② 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 이 특약을 갱신하지 아니합니다.
1. 계약자가 이 특약의 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 종료일의 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 아니한다는 통지를 한 경우
2. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 종료일 이전에 제11조(“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단확정 되는 경우

③ 이 특약을 갱신하는 경우 갱신된 특약의 보험기간 종료일은 보험대상자(피보험자)의 나이가 70세가 되는 날을 초과할 수 없습니다.
④ 갱신계약에 대하여는 다음 각 호의 내용을 따릅니다.
1. 갱신계약의 제1회 보험료 납입해당일을 갱신일로 합니다.
2. 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 보험대상자(피보험자)의 나이에 따라 계산된 보험료를 적용합니다.
3. 갱신계약의 보장개시일은 제8조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항 및 제4항에도 불구하고 갱신일이 보장개시일이 되며, 또한 갱신계약에 대해서도 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항, 제7조(특약의 보험기간), 제8조(보험료 납입 및 회사의 보장개시일), 제9조(보험료 납입연체시 특약의 해지) 및 제10조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))을 준용합니다.

⑤ 이 특약이 보험업법 제127조 및 보험업법시행령 제71조에 의하여 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 특약 내용 및 보험요율을 적용하여 갱신되며, 이 경우 그 변경 내용을 계약자에게 보험기간 종료일 30일 전까지 알려드립니다.

제6조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다. 그러나, 보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부를 부담하는 경우에 계약자는 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻고 이 특약을 해지할 수 있습니다.
② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제7조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입 (계약자의 주된 의무)

제8조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시일】
① 이 특약의 보험료납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 이 특약을 체결하는 경우, 주계약의 보험료 납입이 완료되었을 때에는 특약의 보험료를 일시 납입하여야 하며, 주계약의 보험료 납입기간 중일 때에는 회사에서 정한 방법에 따라 제1회 특약의 보험료를 정산한 후 차회 이후의 보험료를 주계약 보험료와 함께 납입하여야 합니다.
② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 특약이 체결된 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
④ 제3항에도 불구하고 최초계약의 제11조(“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 이 특약의 계약일을 포함하여 30일이 경과된 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 합니다. 단, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 합니다.

제9조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 회사는 주계약에 정한 보험료 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 급여금을 지급합니다.

제10조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제8조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항 및 제4항을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급 (회사의 주된 의무)

제11조【“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제4차 한국표준질병·사인분류 중 별표4[대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 제외)]에서 정한 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호

C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ “암” 및 “기타피부암”의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 “암” 및 “기타피부암”에 대한 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 “암” 및 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조【“상피내암”의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “상피내암”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 중 별표5(상피의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 상피내암의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조【“경계성 종양”의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “경계성 종양”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 중 별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조【“입원”의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 인한 보험대상자(피보험자)의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제15조【보험금의 종류 및 지급사유】
회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 급여금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 피보험자(보험대상자)가 처음으로 암으로 진단이 확정되었을 때 : 암 진단치료급여금 (단, 최초 1회의 진단확정에 한함)
2. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 경계성 종양으로 진단이 확정되었을 때 : 경계성 종양 진단치료급여금 (단, 최초 1회의 진단확정에 한함)
3. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 기타피부암으로 진단이 확정되었을 때 : 기타피부암 진단치료급여금 (단, 최초 1회의 진단확정에 한함)
4. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단이 확정되었을 때 : 상피내암 진단치료급여금 (단, 최초 1회의 진단확정에 한함)
5. 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 피보험자(보험대상자)가 처음으로 암으로

진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접적인 목적으로 하여 수술을 받았을 때 : 암 수술급여금

6. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 경계성 종양으로 진단이 확정되고 그 경계성 종양의 치료를 직접적인 목적으로 하여 수술을 받았을 때 : 경계성 종양 수술급여금
7. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 기타피부암으로 진단이 확정되고 그 기타피부암의 치료를 직접적인 목적으로 하여 수술을 받았을 때 : 기타피부암 수술급여금
8. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단이 확정되고 그 상피내암의 치료를 직접적인 목적으로 하여 수술을 받았을 때 : 상피내암 수술급여금
9. 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 피보험자(보험대상자)가 처음으로 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접적인 목적으로 하여 4일 이상 계속하여 입원을 하였을 때 : 암 입원급여금
10. 이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 경계성 종양으로 진단이 확정되고 그 경계성 종양의 치료를 직접적인 목적으로 하여 4일 이상 계속하여 입원을 하였을 때 : 경계성 종양 입원급여금
11. 이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 기타피부암으로 진단이 확정되고 그 기타피부암의 치료를 직접적인 목적으로 하여 4일 이상 계속하여 입원을 하였을 때 : 기타피부암 입원급여금
12. 이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 상피내암으로 진단이 확정되고 그 상피내암의 치료를 직접적인 목적으로 하여 4일 이상 계속하여 입원을 하였을 때 : 상피내암 입원급여금

제16조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 경계성 종양, 기타피부암 또는 상피내암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 보아 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 해당 진단치료급여금을 지급합니다.

② 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제9호 내지 제12호의 경우 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

③ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제9호 내지 제12호의 경우 보험대상자(피보험자)가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

④ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제9호 내지 제12호의 경우 보험대상자(피보험자)가 입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 계속 입원급여금을 지급합니다.

⑤ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제9호 내지 제12호의 경우 보험대상자(피보험자)가 동일한 질병으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고서 각 입원일수를 합산하고 제2항을 적용합니다. 그러나 동일한 질병에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

⑥ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

⑦ 갱신계약의 경우 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 내지 제4호에서 정한 진단치료급여금은 갱신된 계약의 보험기간별로 각각 1회에 한하여 지급합니다.

제17조【해약환급금】

이 특약은 해약환급금이 없습니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제18조【보험금 등 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양의 진단서, 입원증명서, 수술증명서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제19조【보험금 등의 지급】
① 회사는 제18조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제1항에 의한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 지급기일부터 7일 이내에 지급지연을 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자에게 통보하고 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제5관 기타사항

제20조【주계약 약관의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급 기준표

(특약보험가입금액 1구좌 기준)

급부명칭	지급사유	지급금액
암 진단치료급여금 (약관 제15조 제1호)	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 이후에 처음으로 암으로 진단 확정되었을 때 (단, 최초 1회의 진단 확정에 한함)	100,000원
경계성 종양 진단치료급여금 (약관 제15조 제2호)	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 경계성 종양으로 진단 확정되었을 때 (단, 최초 1회의 진단 확정에 한함)	20,000원
기타피부암 진단치료급여금 (약관 제15조 제3호)	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 기타피부암으로 진단 확정되었을 때 (단, 최초 1회의 진단 확정에 한함)	10,000원
상피내암 진단치료급여금 (약관 제15조 제4호)	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 확정되었을 때 (단, 최초 1회의 진단 확정에 한함)	10,000원
암 수술급여금 (약관 제15조 제5호)	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 이후에 처음으로 암으로 진단 확정되고 그 암의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	수술 1회당 20,000원
경계성 종양 수술급여금 (약관 제15조 제6호)	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 경계성 종양으로 진단 확정되고 그 경계성 종양의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	수술 1회당 2,000원
기타피부암 수술급여금 (약관 제15조 제7호)	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 기타피부암으로 진단 확정되고 그 기타피부암의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	수술 1회당 2,000원
상피내암 수술급여금 (약관 제15조 제8호)	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 확정되고 그 상피내암의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	수술 1회당 2,000원

(보험가입금액 1구좌 기준)

급부명칭	지급사유	지급금액
암 입원급여금 (약관 제15조 제9호)	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 이후에 처음으로 암으로 진단 확정되고 그 암의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 입원을 하였을 때 (1회 입원당 120일 한도)	3일 초과 입원일수 1일당 1,000원
경계성 종양 입원급여금 (약관 제15조 제10호)	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 경계성 종양으로 진단 확정되고 그 경계성 종양의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 입원을 하였을 때 (1회 입원당 120일 한도)	3일 초과 입원일수 1일당 200원
기타피부암 입원급여금 (약관 제15조 제11호)	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 기타피부암으로 진단 확정되고 그 기타피부암의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 입원을 하였을 때 (1회 입원당 120일 한도)	3일 초과 입원일수 1일당 200원
상피내암 입원급여금 (약관 제15조 제12호)	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 확정되고 그 상피내암의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 입원을 하였을 때 (1회 입원당 120일 한도)	3일 초과 입원일수 1일당 200원

㈜ 1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)로부터 계약일(부활(효력회복)일)을 포함하여 30일이 지난날의 다음날입니다. 단, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 합니다.
2. 갱신계약의 경우, 경계성 종양 진단치료급여금, 기타피부암 진단치료급여금 또는 상피내암 진단치료급여금은 갱신된 계약의 보험기간별로 각각 1회에 한하여 지급합니다.

(별표2) 재해분류표

무배당 AIG베스트파트너상해보험 약관의 (별표1)과 동일

(별표3) 장해분류표

무배당 단체일반사망특약 약관의 (별표2)와 동일

(별표4)

대상이 되는 악성신생물 분류표 (기타피부암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

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

㈜ 1. 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기분류표에서 제외됩니다.

3. 전암병소, 심장·수막·뇌-중추신경계 양성신생물(분류번호 D15.1, D32, D33)은 악성신생물로 분류되지 않으므로 보장되지 않습니다.

(별표5)

상피내의 신생물 분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화 기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세 불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세 불명 부위의 상피내 암종	D09

제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표6)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 흉곽내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 진성 적혈구 증다증	D45
10. 골수 형성이상 증후군	D46
11. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47
12. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

무배당 단체암진단특약 약관

무배당 단체암진단특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)

② 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자가 이 특약을 청약하는 경우에도 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.

③ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

1. 주계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
2. 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장해분류표(별표3 참조) 중 “동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다)” 또는 “재해 이외의 동일한 원인”으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우

④ 제3항 제2호에도 불구하고 보험대상자(피보험자)가 “동일한 재해” 또는 “재해 이외의 동일한 원인”으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되는 경우에도 주계약이 소멸하지 아니하는 경우에는 주계약에 따라 소멸되지 아니합니다.

⑤ 제3항 제2호의 경우 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 보험대상자(피보험자)가 사망한 것으로 인정합니다.

⑥ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 그 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑦ 제6항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망 포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 “두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위”에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑨ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 “동일한 재해” 또는 “재해 이외의 동일한 원인”으로 인하여 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표3 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제3항 제2호, 제4항 및 제10항의 “동일한 재해”라 함은 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2조【보험대상자(피보험자)의 범위】
이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다.

제3조【특약의 무효】
보험대상자(피보험자)가 계약일부터 제8조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제4항에서 정한 암보장개시일 전일 이전에 제11조(“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정되어 있는 경우에 회사는 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제4조【특약 내용의 변경】
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 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다.
③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제5조【특약의 갱신】
① 이 특약은 주계약이 갱신되는 경우에 자동으로 갱신됩니다.
② 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 이 특약을 갱신하지 아니합니다.
1. 계약자가 이 특약의 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 종료일의 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 아니한다는 통지를 한 경우
2. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 종료일 이전에 제11조(“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단확정 되는 경우

③ 이 특약을 갱신하는 경우 갱신된 특약의 보험기간 종료일은 보험대상자(피보험자)의 나이가 70세가 되는 날을 초과할 수 없습니다.
④ 갱신계약에 대하여는 다음 각 호의 내용을 따릅니다.
1. 갱신계약의 제1회 보험료 납입해당일을 갱신일로 합니다.
2. 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 보험대상자(피보험자)의 나이에 따라 계산된 보험료를 적용합니다.
3. 갱신계약의 보장개시일은 제8조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항 및 제4항에도 불구하고 갱신일이 보장개시일이 되며, 또한 갱신계약에 대해서도 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항, 제7조(특약의 보험기간), 제8조(보험료 납입 및 회사의 보장개시일), 제9조(보험료 납입연체시 특약의 해지) 및 제10조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))을 준용합니다.

⑤ 이 특약이 보험업법 제127조 및 보험업법시행령 제71조에 의하여 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 특약 내용 및 보험요율을 적용하여 갱신되며, 이 경우 그 변경 내용을 계약자에게 보험기간 종료일 30일 전까지 알려드립니다.

제6조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다. 그러나, 보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부를 부담하는 경우에 계약자는 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻고 이 특약을 해지할 수 있습니다.
② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제7조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입 (계약자의 주된 의무)

제8조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시일】
① 이 특약의 보험료납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 이 특약을 체결하는 경우, 주계약의 보험료 납입이 완료되었을 때에는 특약의 보험료를 일시 납입하여야 하며, 주계약의 보험료 납입기간 중일 때에는 회사에서 정한 방법에 따라 제1회 특약의 보험료를 정산한 후 차회 이후의 보험료를 주계약 보험료와 함께 납입하여야 합니다.
② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 특약이 체결된 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
④ 제3항에도 불구하고 최초계약의 제11조(“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 이 특약의 계약일을 포함하여 30일이 경과된 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 합니다. 단, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 합니다.

제9조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 회사는 주계약에 정한 보험료 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 급여금을 지급합니다.

제10조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제8조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항 및 제4항을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급 (회사의 주된 의무)

제11조【“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제4차 한국표준질병·사인분류 중 별표4[대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 제외)]에서 정한 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호

C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ “암” 및 “기타피부암”의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 “암” 및 “기타피부암”에 대한 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 “암” 및 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조【“상피내암”의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “상피내암”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 중 별표5(상피의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 상피내암의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조【“경계성 종양”의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “경계성 종양”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 중 별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조【보험금의 종류 및 지급사유】
회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 급여금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 피보험자(보험대상자)가 처음으로 암으로 진단이 확정되었을 때 : 암 진단치료급여금 (단, 최초 1회의 진단확정에 한함)
2. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 경계성 종양으로 진단이 확정되었을 때 : 경계성 종양 진단치료급여금 (단, 최초 1회의 진단확정에 한함)
3. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 기타피부암으로 진단이 확정되었을 때 : 기타피부암 진단치료급여금 (단, 최초 1회의 진단확정에 한함)
4. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단이 확정되었을 때 : 상피내암 진단치료급여금 (단, 최초 1회의 진단확정에 한함)

제15조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 경계성 종양, 기타피부암 또는 상피내암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 보아 제14조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 해당 진단치료급여금을 지급합니다.
② 갱신계약의 경우 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 내지 제4호에서 정한 진단치료

급여금은 갱신된 계약의 보험기간별로 각각 1회에 한하여 지급합니다.

제16조【해약환급금】
이 특약은 해약환급금이 없습니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제17조【보험금 등 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양 진단서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제18조【보험금 등의 지급】
① 회사는 제17조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
② 회사는 제1항에 의한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 지급기일부터 7일 이내에 지급지연을 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자에게 통보하고 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제5관 기타사항

제19조【주계약 약관의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급 기준표

(특약보험가입금액 1구좌 기준)

급부명칭	지급사유	지급금액
암 진단치료급여금 (약관 제14조 제1호)	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 이후에 처음으로 암으로 진단 확정되었을 때 (단, 최초 1회의 진단 확정에 한함)	100,000원
경계성 종양 진단치료급여금 (약관 제14조 제2호)	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 경계성 종양으로 진단 확정되었을 때 (단, 최초 1회의 진단 확정에 한함)	20,000원
기타피부암 진단치료급여금 (약관 제14조 제3호)	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 기타피부암으로 진단 확정되었을 때 (단, 최초 1회의 진단 확정에 한함)	10,000원
상피내암 진단치료급여금 (약관 제14조 제4호)	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 확정되었을 때 (단, 최초 1회의 진단 확정에 한함)	10,000원

㈜ 1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)로부터 계약일(부활(효력회복)일)을 포함하여 30일이 지난날의 다음날입니다. 단, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 합니다.
2. 갱신계약의 경우, 경계성 종양 진단치료급여금, 기타피부암 진단치료급여금 또는 상피내암 진단치료급여금은 갱신된 계약의 보험기간별로 각각 1회에 한하여 지급합니다.

(별표2) 재해분류표
무배당 AIG베스트파트너상해보험 약관의 (별표1)과 동일

(별표3) 장해분류표
무배당 단체일반사망특약 약관의 (별표2)와 동일

(별표4) 대상이 되는 악성신생물 분류표 (기타피부암 제외)
무배당 단체암특약 약관의 (별표4)와 동일

(별표5) 상피내의 신생물 분류표
무배당 단체암특약 약관의 (별표5)와 동일

(별표6) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표
무배당 단체암특약 약관의 (별표6)과 동일

무배당 단체2대질병치료특약 약관

무배당 단체2대질병치료특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 체결 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
② 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자가 이 특약을 청약하는 경우에도 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
③ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
1. 주계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
2. 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장해분류표(별표3 참조) 중 “동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다)” 또는 “재해 이외의 동일한 원인”으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우

④ 제3항 제2호에도 불구하고 보험대상자(피보험자)가 “동일한 재해” 또는 “재해 이외의 동일한 원인”으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되는 경우에도 주계약이 소멸하지 아니하는 경우에는 이 특약도 소멸되지 아니합니다.
⑤ 제3항 제2호의 경우 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 보험대상자(피보험자)가 사망한 것으로 인정합니다.
⑥ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 그 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
⑦ 제6항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망 포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑧ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 “두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위”에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
⑨ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑩ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 “동일한 재해” 또는 “재해 이외의 동일한 원인”으로 인하여 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표3 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑫ 제3항 제2호, 제4항 및 제10항의 “동일한 재해”라 함은 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2조【보험대상자(피보험자)의 범위】
이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다.

제3조【특약 내용의 변경】
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 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다.
③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제4조【특약의 갱신】
① 이 특약은 주계약이 갱신되는 경우에 자동으로 갱신됩니다.
② 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 이 특약을 갱신하지 아니합니다.
1. 계약자가 이 특약의 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 종료일의 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 아니한다는 통지를 한 경우
2. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 종료일 이전에 제10조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “급성심근경색증” 또는 제11조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌출혈”로 진단확정 되는 경우

③ 이 특약을 갱신하는 경우 갱신된 특약의 보험기간 종료일은 보험대상자(피보험자)의 나이가 70세가 되는 날을 초과할 수 없습니다.
④ 갱신계약에 대하여는 다음 각 호의 내용을 따릅니다.
1. 갱신계약의 제1회 보험료 납입해당일을 갱신일로 합니다.
2. 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 보험대상자(피보험자)의 나이에 따라 계산된 보험료를 적용합니다.
3. 갱신계약의 보장개시일은 갱신일이 되며, 또한 갱신계약에 대해서도 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항, 제7조(특약의 보험기간), 제7조(보험료 납입 및 회사의 보장개시일), 제8조(보험료 납입연체시 특약의 해지) 및 제9조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))을 준용합니다.

⑤ 이 특약이 보험업법 제127조 및 보험업법시행령 제71조에 의하여 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 특약 내용 및 보험요율을 적용하여 갱신되며, 이 경우 그 변경 내용을 계약자에게 보험기간 종료일 30일 전까지 알려드립니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다. 그러나, 보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부를 부담하는 경우에 계약자는 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻고 이 특약을 해지할 수 있습니다.
② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제6조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입 (계약자의 주된 의무)

제7조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시일】

① 이 특약의 보험료납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 이 특약을 체결하는 경우, 주계약의 보험료 납입이 완료되었을 때에는 특약의 보험료를 일시 납입하여야 하며, 주계약의 보험료 납입기간 중일 때에는 회사에서 정한 방법에 따라 제1회 특약의 보험료를 정산한 후 차회 이후의 보험료를 주계약 보험료와 함께 납입하여야 합니다.
② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 특약이 체결된 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제8조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 회사는 주계약에 정한 보험료 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 급여금을 지급합니다.

제9조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제8조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급 (회사의 주된 의무)

제10조【“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 중 별표4(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액중 심장 효소검사, 핵의학검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 급성심근경색증에 대한 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제11조【“뇌출혈”의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 중 별표5(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 뇌출혈에 대한 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 뇌출

혈로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조【보험금의 종류 및 지급사유】
회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 급여금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때 : 급성심근경색증 진단치료급여금 (단, 최초 1회의 진단확정에 한함)
2. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 뇌출혈로 진단이 확정되었을 때 : 뇌출혈 진단치료급여금 (단, 최초 1회의 진단확정에 한함)

제13조【보험금 지급에 관한 세부규정】
보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 급성심근경색증 또는 뇌출혈을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 보아 제12조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 해당 진단치료급여금을 지급합니다.

제14조【해약환급금】
이 특약은 해약환급금이 없습니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제15조【보험금 등 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(급성심근경색증 또는 뇌출혈 진단서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제16조【보험금 등의 지급】
① 회사는 제15조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
② 회사는 제1항에 의한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 지급기일부터 7일 이내에 지급지연을 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자에게 통보하고 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제5관 기타사항

제17조【주계약 약관의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급 기준표

(특약보험가입금액 1구좌 기준)

급부명칭	지급사유	지급금액
급성심근경색증 진단치료급여금 (약관 제12조 제1호)	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 급성심근경색증으로 진단 확정되었을 때 (단, 최초 1회의 진단 확정에 한함)	100,000원
뇌출혈 진단치료급여금 (약관 제12조 제2호)	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 뇌출혈로 진단 확정되었을 때 (단, 최초 1회의 진단 확정에 한함)	100,000원

(별표2) 재해분류표

무배당 AIG베스트파트너상해보험 약관의 (별표1)과 동일

(별표3) 장해분류표

무배당 단체일반사망특약 약관의 (별표2)와 동일

(별표4)

급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23

제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표5)

뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

무배당 단체3대질병치료특약 약관

무배당 단체3대질병치료특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 체결 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
② 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자가 이 특약을 청약하는 경우에도 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
③ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
1. 주계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
2. 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장해분류표(별표3 참조) 중 “동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다)” 또는 “재해 이외의 동일한 원인”으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우

④ 제3항 제2호에도 불구하고 보험대상자(피보험자)가 “동일한 재해” 또는 “재해이외의 동일한 원인”으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되는 경우에도 주계약이 소멸하지 아니하는 경우에는 이 특약도 소멸되지 아니합니다.
⑤ 제3항 제2호의 경우 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 보험대상자(피보험자)가 사망한 것으로 인정합니다.
⑥ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 그 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
⑦ 제6항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망 포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑧ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 “두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위”에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
⑨ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑩ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 “동일한 재해” 또는 “재해 이외의 동일한 원인”으로 인하여 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표3 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑫ 제3항 제2호, 제4항 및 제10항의 “동일한 재해”라 함은 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2조【보험대상자(피보험자)의 범위】
이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다.

제3조【특약의 무효】

보험대상자(피보험자)가 계약일부터 제8조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제4항에서 정한 암보장개시일 전일 이전에 제11조(“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정되어 있는 경우에 회사는 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제4조【특약 내용의 변경】

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 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다.

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

제5조【특약의 갱신】

① 이 특약은 주계약이 갱신되는 경우에 자동으로 갱신됩니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 이 특약을 갱신하지 아니합니다.

1. 계약자가 이 특약의 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 종료일의 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 아니한다는 통지를 한 경우
2. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 종료일 이전에 제11조(“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”, 제12조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “급성심근경색증” 또는 제13조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌출혈”로 진단확정 되는 경우

③ 이 특약을 갱신하는 경우 갱신된 특약의 보험기간 종료일은 보험대상자(피보험자)의 나이가 70세가 되는 날을 초과할 수 없습니다.

④ 갱신계약에 대하여는 다음 각 호의 내용을 따릅니다.

1. 갱신계약의 제1회 보험료 납입해당일을 갱신일로 합니다.
2. 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 보험대상자(피보험자)의 나이에 따라 계산된 보험료를 적용합니다.
3. 갱신계약의 보장개시일은 제8조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항 및 제4항에도 불구하고 갱신일이 보장개시일이 되며, 또한 갱신계약에 대해서도 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항, 제7조(특약의 보험기간), 제8조(보험료 납입 및 회사의 보장개시일), 제9조(보험료 납입연체시 특약의 해지) 및 제10조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))을 준용합니다.

⑤ 이 특약이 보험업법 제127조 및 보험업법시행령 제71조에 의하여 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 특약 내용 및 보험요율을 적용하여 갱신되며, 이 경우 그 변경 내용을 계약자에게 보험기간 종료일 30일 전까지 알려드립니다.

제6조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다. 그러나, 보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부를 부담하는 경우에 계약자는 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻고 이 특약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제7조【특약의 보험기간】

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

제2관 보험료의 납입 (계약자의 주된 의무)

제8조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시일】

① 이 특약의 보험료납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 이 특약을 체결하는 경우, 주계약의 보험료 납입이 완료되었을 때에는 특약의 보험료를 일시 납입하여야 하며, 주계약의 보험료 납입기간 중일 때에는 회사에서 정한 방법에 따라 제1회 특약의 보험료를 정산한 후 차회 이후의 보험료를 주계약 보험료와 함께 납입하여야 합니다.
② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 특약이 체결된 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
④ 제3항에도 불구하고 최초계약의 제11조(“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 이 특약의 계약일을 포함하여 30일이 경과된 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 합니다. 단, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 합니다.

제9조【보험료 납입연체시 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 회사는 주계약에 정한 보험료 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 급여금을 지급합니다.

제10조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제8조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항 및 제4항을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급 (회사의 주된 의무)

제11조【“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제4차 한국표준질병·사인분류 중 별표4[대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 제외)]에서 정한 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ “암” 및 “기타피부암”의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 “암” 및 “기타피부암”에 대한 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 “암” 및 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조【“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 중 별표5(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액중 심장 효소검사, 핵의학검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 급성심근경색증에 대한 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조【“뇌출혈”의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 중 별표6(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 뇌출혈에 대한 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조【“상피내암”의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “상피내암”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 중 별표7(상피의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 상피내암의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제15조【“경계성 종양”의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “경계성 종양”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 중 별표8(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제16조【보험금의 종류 및 지급사유】
회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 급여금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 피보험자(보험대상자)가 처음으로 암으로 진단이 확정되었을 때 : 암 진단치료급여금 (단, 최초 1회의 진단확정에 한함)
2. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때 : 급성심근경색증 진단치료급여금 (단, 최초 1회의 진단확정에 한함)
3. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 뇌출혈로 진단이 확정되었을 때 : 뇌출

혈 진단치료급여금 (단, 최초 1회의 진단확정에 한함)
4. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 경계성 종양으로 진단이 확정되었을 때 : 경계성 종양 진단치료급여금 (단, 최초 1회의 진단확정에 한함)
5. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 기타피부암으로 진단이 확정되었을 때 : 기타피부암 진단치료급여금 (단, 최초 1회의 진단확정에 한함)
6. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단이 확정되었을 때 : 상피내암 진단치료급여금 (단, 최초 1회의 진단확정에 한함)

제17조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 급성심근경색증, 뇌출혈, 경계성 종양, 기타피부암 또는 상피내암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 보아 제14조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 해당 진단치료급여금을 지급합니다.
② 갱신계약의 경우 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제4호 내지 제6호에서 정한 진단치료급여금은 갱신된 계약의 보험기간별로 각각 1회에 한하여 지급합니다.

제18조【해약환급금】
이 특약은 해약환급금이 없습니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제19조【보험금 등 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(암, 급성심근경색증, 뇌출혈, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양 진단서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제20조【보험금 등의 지급】
① 회사는 제19조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
② 회사는 제1항에 의한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 지급기일부터 7일 이내에 지급지연을 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자에게 통보하고 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제5관 기타사항

제21조【주계약 약관의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급 기준표

(특약보험가입금액 1구좌 기준)

급부명칭	지급사유	지급금액
암 진단치료급여금 (약관 제16조 제1호)	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 이후에 처음으로 암으로 진단 확정되었을 때 (단, 최초 1회의 진단 확정에 한함)	100,000원
급성심근경색증 진단치료급여금 (약관 제16조 제4호)	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 급성심근경색증으로 진단 확정되었을 때 (단, 최초 1회의 진단 확정에 한함)	100,000원
뇌출혈 진단치료급여금 (약관 제16조 제5호)	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 뇌출혈로 진단 확정되었을 때 (단, 최초 1회의 진단 확정에 한함)	100,000원
경계성 종양 진단치료급여금 (약관 제16조 제4호)	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 경계성 종양으로 진단 확정되었을 때 (단, 최초 1회의 진단 확정에 한함)	20,000원
기타피부암 진단치료급여금 (약관 제16조 제5호)	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 기타피부암으로 진단 확정되었을 때 (단, 최초 1회의 진단 확정에 한함)	10,000원
상피내암 진단치료급여금 (약관 제16조 제6호)	특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 확정되었을 때 (단, 최초 1회의 진단 확정에 한함)	10,000원

㈜ 1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)로부터 계약일(부활(효력회복)일)을 포함하여 30일이 지난날의 다음날입니다. 단, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 합니다.
2. 갱신계약의 경우, 경계성 종양 진단치료급여금, 기타피부암 진단치료급여금 또는 상피내암 진단치료급여금은 갱신된 계약의 보험기간별로 각각 1회에 한하여 지급합니다.

(별표2) 재해분류표
무배당 AIG베스트파트너상해보험 약관의 (별표1)과 동일

(별표3) 장해분류표
무배당 단체일반사망특약 약관의 (별표2)와 동일

(별표4) 대상이 되는 악성신생물 분류표 (기타피부암 제외)
무배당 단체암특약 약관의 (별표4)와 동일

(별표5) 급성심근경색증 분류표
무배당 단체2대질병치료특약 약관의 (별표4)와 동일

(별표6) 뇌출혈 분류표
무배당 단체2대질병치료특약 약관의 (별표5)와 동일

(별표7) 상피내의 신생물 분류표
무배당 단체암특약 약관의 (별표5)와 동일

(별표8) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표
무배당 단체암특약 약관의 (별표6)과 동일