

연금저축손해보험

하이라이프노후월스보험(Hi0908)

보통약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (보험계약의 성립)

- ① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다.(이하 “보험계약”은 “계약”, “보험계약자”는 “계약자”, “보험회사”는 “회사”라 합니다.)
- ② 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 청약일부터 30일 이내에 승낙 또는 거절 하여야 하며, 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 보험의 예정이율(이하 “예정이율”이라 합니다.) +1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 후 승낙을 거절한 경우에는 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제2조 (보험나이)

- ① 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 보험가입시 18세 이상에 해당되는지 여부와 연금지급개시나이가 55세 이상에 해당되는지 여부의 판단은 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만은 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제3조 (청약의 철회)

- ① 계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
- ② 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 그 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 그 반환기일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 이 보험의 보험계약대출이율(이하 “보험계약대출이율”이라 합니다.)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 후 청약을 철회한 경우에는 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제4조 (약관교부 및 설명의무 등)

- ① 회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 계약자의 요청이 있을 경우에는 전자거래기본법 제2조 제1호에서 정한 전자문서(이하 “전자문서”라 합니다.)를 이용하여 약관을 드릴 수 있습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 전자거래기본법 제2조 제5호에 의해 컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결한 때에는 계약자 보관용 청약서를 드리지 아니할 수 있습니다. 또한 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약전 알릴의무, 약관의 중요한 내용 등 보험계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
- ③ 회사가 제1항 또는 제2항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다.)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각호의 사항을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
 1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자, 이하 “수익자”라 합니다.)가 동일한 보험계약의 경우
 2. 계약자, 피보험자(보험대상자)가 동일하고 수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
- ⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제5조 (계약내용의 변경)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음과 같은 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 회사는 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 기본보험료
 2. 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간
 3. 연금지급개시시기 및 연금지급기간
 4. 기타 계약의 내용
- ② 회사는 계약자가 제1항 제1호의 규정에 의하여 기본보험료를 감액하고자 할 경우 그 감액된 부분을 해지된 것으로 보지 아니합니다.
- ③ 계약자는 제1항 제3호의 연금지급개시시기 및 연금지급기간을 연금지급개시 전에 언제든지 변경할

수 있습니다.

제6조 (계약자의 임의해지 및 이전)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제17조(해약환급금)에 따라 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 계약자는 보험기간(계약일로부터 연금지급기간 종료시점에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 이하 같습니다.) 중 회사의 다른 연금지축 또는 다른 금융기관(조세특례제한법 시행령에서 정하는 연금지축 취급 금융기관)의 연금지축으로 계좌이체를 통하여 계약을 이전할 수 있습니다.
- ③ 제2항에 따라 계약을 이전하는 경우 회사는 금융감독원장의 지시(자산연 6155-00007, 2001.1.11) 및 회사가 정하는 방법에 따라 해약환급금, 미경과 보험료적립금 등 제지급금에서 회사 소정의 계약이전수수료를 차감한 잔액을 계좌이체하여 드립니다.
- ④ 제2항에 따라 계약을 이전하는 경우 관련세법에 의거 기타소득세 및 해지가산세는 부과되지 않습니다.
- ⑤ 다음의 경우에는 계약이전을 제한합니다.
 1. 이전신청일이 속한 분기를 기준으로 조세특례제한법 시행령에 의한 1인당 납입한도를 초과하는 경우(이전받을 금융기관에서의 거절)
 2. 계약이전 후 기존계좌와 통합을 하는 경우
 3. 계약을 나누어(금액분할) 이전하는 경우
 4. 압류, 가압류 또는 질권 등이 설정된 계약을 이전하는 경우
 - 압류, 가압류 등 법적으로 지급이 제한된 계약
 - 보험계약대출이 있는 계약으로서 별도의 자금으로 상환이 되지 않은 계약
 5. 다음의 계약을 이전하는 경우
 - 보험사고가 발생하여 장해연금을 지급하고 있거나 보험료의 납입면제가 적용되는 계약(특약 포함)
 - 보험사고 발생 후 보험금 지급이 확정되지 않은 계약(특약 포함)
- ⑥ 계약자가 이미 실효된 이 보험의 계약을 다른 연금지축으로 이전하고자 하는 경우 회사는 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 정한 방법에 따라 계약의 부활(효력회복)이 된 후에 한하여 이전처리 할 수 있습니다.

제7조 (계약의 세제혜택 등)

- ① 이 계약은 관련세법이 정한 바에 따라 납입한 보험료에 대하여 소득공제(이하 “연금지축보험료 소득공제”라 합니다.)를 받을 수 있으며, 연금소득에 대하여는 소득세를 납입하여야 합니다.

- ② 제1항의 연금저축보험료 소득공제의 경우 계약일로부터 5년 이내에 이 계약을 해지하는 경우에는 매년 불입한 금액(퇴직연금 보험료를 포함하여 300만원을 한도로 함)의 누계액에 2%를 곱한 금액을 해지가산세로 부과합니다. 그러나 계약자의 사망 또는 해지 전 6개월 이내에 다음 각 호 중 한 가지에 해당하는 경우에는 그러하지 아니합니다.
1. 계약자의 사망
 2. 천재·지변
 3. 계약자의 퇴직
 4. 계약자의 해외이주
 5. 계약자가 근무하는 사업장의 폐업 또는 계약자가 영위하는 사업장의 폐업
 6. 계약자의 3개월 이상의 입원치료 또는 요양을 요하는 상해·질병의 발생
 7. 연금저축 취급기관의 영업의 정지, 영업인가·허가의 취소, 해산결의 또는 파산선고
- ③ 계약자가 연금지급이 개시되기 이전에 이 계약을 해지하거나 연금외의 형태로 지급받는 경우에는 관련세법에서 정하는 바에 따라 기타소득세를 납입하여야 합니다. 다만, 계약자가 사망하여 계약이 해지되거나 연금외의 형태로 지급받는 경우에는 관련세법에서 정하는 바에 따라 연금소득세를 납입하여야 합니다.
- ④ 본 조를 포함하여 이 계약의 세제와 관련된 사항은 관련세법의 제·개정이나 폐지에 따라 변경될 수 있습니다.
- ⑤ 제1항 내지 제4항의 규정은 이 계약에만 적용이 되며, 부가되는 특약에는 적용이 되지 아니합니다.

제8조 (계약의 소멸)

연금개시전 보험기간(계약일로부터 연금지급개시일 전일까지를 말합니다. 이하 같습니다.) 중 보험목적 소멸되어 계약을 지속할 수 없을 때에는 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제9조 (특별계정의 운용)

- ① 회사는 1개 이상의 특별계정 (2개 이상의 특별계정이 있는 경우 각각을 “개별 특별계정”이라 하고, 1개 이상의 특별계정을 총칭해서 “특별계정”이라 합니다.)을 설정하여 이 계약의 보험료 및 책임준비금에 대해서 회사가 정한 방법에 기초하여 운용합니다.
- ② 제1항의 내용에도 불구하고 보험업감독규정에 따른 특별계정이 설정되기 이전에는 일반계정에서 일반보험의 자산과는 별도로 구분계리하여 운용합니다.

제2관 보험료의 납입 (계약자의 주된 의무)

제10조 (보험료의 구성 및 납입한도)

- ① 이 계약의 보험료는 다음에 정하는 기본보험료와 추가납입보험료로 구성됩니다.
 1. 기본보험료 : 계약자가 보험료 납입기간 중 매월 또는 매3개월 계속 납입하기로 한 보험료를 말합니다.
 2. 추가납입보험료 : 계약자가 계약승낙일부터 기본보험료 이외에 보험료 납입기간 중에 수시로 납입할 수 있는 보험료를 말합니다. 단, 계약자가 보험년도(보험계약일로부터 1년씩 경과되는 매년의 계약해당일까지의 기간을 말합니다.)를 기준으로 연간 납입할 수 있는 추가납입보험료는 사업방법서에서 정한 범위 이내로 합니다.
- ② 이 계약의 보험료(특별약관 및 추가특별약관의 보험료는 제외합니다.) 납입한도액은 분기별 300만 원을 한도(모든 금융기관에 가입한 연금저축의 합계액을 말합니다.)로 합니다. 다만, 기본보험료 미납입으로 해지되어 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 부활(효력회복)보험료를 납입할 경우에는 부활(효력회복)보험료 한도 내에서 분기별 한도를 적용하지 아니합니다.

제11조 (보험료의 납입)

- ① 계약자는 제2회 이후의 기본보험료를 보험가입증서(보험증권)에 기재된 납입기일까지 납입하여야 하며, 추가납입보험료는 회사가 정한 방법 및 납입한도에 따라 계약승낙일부터 납입할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융기관(우체국 포함)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융기관 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제12조 (보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 기본보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하는 때에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 하며, 회사는 제3항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간 안에 기본보험료가 납입되지 아니할 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약을 해지합니다.
- ② 기본보험료 수금방법이 회사의 방문수금 또는 계약자의 은행 수납방법으로 약정되어 있는 경우에 회사가 방문수금을 이행하지 않거나 은행 납입통지서를 드리지 않음으로써 계약자가 기본보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일부터 3개월이 되는 날까지를 납입최고(독촉)기간으로 하여 제1항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 수금하기로 하거나 은행납입통지서를 다시 드리기로 한 경우에는 그 수금 또는 다시 드린 날로부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로 합니다.

- ③ 제2회 이후의 기본보험료가 납입기일까지 납입되지 아니하여 기본보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 계약자에게 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 기본보험료를 납입하지 아니할 경우 납입 최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지된다는 내용(이 경우 보험계약대출원리금이 해약환급금을 초과되는 때에는 해약환급금에서 보험계약대출원리금을 차감할 수 있다는 내용을 포함)을 납입최고(독촉)기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
- ④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제17조(해약환급금)에 따라 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제13조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

제3관 보험금등의 지급 (회사의 주된 의무)

제14조 (기본연금의 지급)

계약자가 보험료를 완납한 후 연금개시전 보험기간 종료시점에서 계약이 유효한 때에는 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정한 바에 따라, 계약자가 선택한 기간동안 연금액을 나누어 계산한 기본연금 연액을 연금지급기간 동안 매년 계약해당일에 기본연금으로 계약자의 생존여부에 관계없이 계약자(계약자 사망시에는 계약자의 상속인)에게 지급하여 드립니다. 다만, 계약자의 요청이 있는 경우에는 월, 3개월 또는 6개월 단위로 지급하여 드립니다.

제15조 (건강관리비(중도환급금))

계약자가 보험료를 완납하고 연금개시전 보험기간 종료시점에서 계약이 유효한 때에는 회사는 연금지급개시 시점부터 연금지급기간 동안 매2년마다 계약해당일에 해당년도 기본연금 연액의 10% 해당액을 계약자의 생존여부와 관계없이 계약자(계약자 사망시에는 계약자의 상속인)에게 지급하여 드립니다.

제16조 (장수축하금(만기환급금))

계약자가 보험료를 완납하고 연금개시전 보험기간 종료시점에서 계약이 유효한 때에는 회사는 보험기간이 끝나는 날에 해당년도 기본연금 연액의 200% 해당액을 장수축하금(만기환급금)으로 계약자의

생존여부와 관계없이계약자(계약자 사망시에는 계약자의 상속인)에게 지급하여 드립니다. 다만, 보험기간이 끝나는 날을 포함하여 직전 1년 내에 이 보험의 공시이율(이하 “공시이율”이라 합니다.)이 변동되는 경우 장수축하금(만기환급금)은 해당년도 기본연금 연액의 200% 해당액보다 많거나 적을 수 있습니다.

제17조 (해약환급금)

- ① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다. 이때 순보험료(납입한 보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다.)에 대한 적립이율은 매월 회사가 정한 공시이율을 적용합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점이후부터 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연 2.0%로 합니다.
- ② 제1항의 공시이율은 회사의 운용자산이익률과 시장금리 등을 고려하여 이 보험의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 결정합니다.
- ③ 회사는 제2항에서 정한 공시이율을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제18조 (계약자배당금의 지급)

- ① 회사는 계약해당일이 속하는 사업년도말에 연금자산의 운용수익을 계산하여 운용수익이 제17조(해약환급금) 제1항에 정한 이율에 기초한 운용수익을 초과하는 경우에는 그 초과액 범위 내에서 금융감독원이 정하는 방법에 따라 계산한 금액을 계약자배당준비금으로 적립합니다.
- ② 회사는 제1항의 계약자배당준비금을 기초로 금융감독원이 정하는 방법에 따라 계약자배당금을 계산하여 아래와 같이 지급합니다.
 1. 계약이 종료되는 경우에는 보험금 또는 환급금에 더하여 드립니다.
 2. 연금지급개시일이 되기 이전까지 적립한 계약자 배당준비금은 제14조(기본연금의 지급)에서 정한 연금지급 방법과 동일하게 지급하여 드립니다. (이하 “증액연금”이라 합니다.)
 3. 연금지급개시일 이후에 발생한 계약자 배당준비금은 금융감독원이 정하는 방법에 따라 계약자배당금을 계산하여 매회 연금에 더하여 드립니다. (이하 “가산연금”이라 합니다.)
- ③ 회사는 배당금 지급이 결정되었을 때에는 그 내역을 계약자에게 알려 드립니다.

제19조 (소멸시효)

보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제20조 (주소변경통지)

- ① 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 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 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제21조 (보험수익자의 지정)

이 계약에서 제14조(기본연금의 지급)의 기본연금, 제15조(건강관리비(중도환급금))의 건강관리비(중도환급금) 및 제16조(장수축하금(만기환급금))의 장수축하금(만기환급금)에 대한 수익자는 계약자이어야 하며 피보험자(보험대상자)와 동일인이어야 합니다.

제22조 (환급금의 지급)

- ① 회사는 계약자의 청구에 의하여 환급금을 지급하는 경우 청구일로부터 3영업일 이내에 지급하여드리며, 환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급기일까지의 기간은 예정이율 +1%를, 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 더하여 지급합니다.
- ② 회사는 연금의 지급사유가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자에게 알려드리며, 그 사유와 지급금액을 알리지 않은 경우에는 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간은 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ③ 회사가 제2항의 규정에 의하여 계약자에게 알린 경우의 연금 또는 해약환급금은 다음 각 호에서 정한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
 1. 해약환급금의 경우 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 중 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 적용합니다.
 2. 연금의 경우 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간중 보험기간 만기일까지의 기간은 예정이율을 적용하고, 보험기간 만기일의 다음날부터 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 적용합니다.

제23조 (계약내용의 교환)

회사는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아 다른 보험회사(보험관련 업무를 위탁받은 자를 포함) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며 이 경우 회사는 신용정보의 이용및보호에관한법률 제23조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제12조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)의 규정을 따릅니다.

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

제24조 (보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다.
- ② 계약자는 제1항의 규정에 의한 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며, 상환하지 아니한 때에는 회사는 보험금 지급사유가 발생되어 보험금을 지급하는 날 또는 해약환급금등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원리금을 차감할 수 있습니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원리금을 차감할 수 있습니다.
- ④ 회사는 대출이자의 납입지연 등을 사유로 대출 대상계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 해지 10일 전까지 계약자에게 그 내용을 서면으로 통지하여야 합니다.
- ⑤ 계약자가 제1항의 대출을 받은 계약으로서 제6조(계약자의 임의해지 및 이전)에 의하여 계약을 이전하고자 하는 경우에는 제1항 내지 제4항에 의한 상계는 하지 않으나 별도의 자금으로 상환이 된 경우에 한하여 이전할 수 있습니다.

제5관 분쟁조정 등

제25조 (분쟁의 조정)

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

제26조 (관할법원)

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

제27조 (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.

제28조 (회사가 제작한 보험안내장의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사(각종 점포 및 대리점 포함) 제작의 보험안내장(계약의 청약울 권유하기 위하여 만든 서류 등을 말합니다.)의 내용이 이 약관의 규정과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제29조 (회사의 손해배상책임)

회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 인하여 발생한 손해에 대하여 관계법규 및 사업방법서에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

제30조 (예금보험기금에 의한 지급보장)

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

제31조 (준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

연금저축손해보험
하이라이프노후웰스보험(Hi0908)
특별약관

1. 상해사망후유장해 보장 특별약관

제1조 (보험계약의 성립)

- ① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다.(이하 “보험계약”은 “계약”, “보험계약자”는 “계약자”, “보험회사”는 “회사”라 합니다.)
- ② 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일을 말합니다.)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율(이하 “예정이율”이라 합니다.) +1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 후 승낙을 거절한 경우에는 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제2조 (계약내용의 변경)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음과 같은 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 회사는 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간
 2. 보험가입금액
 3. 보험수익자(보험금을 받는 자, 이하 “수익자”라 합니다.)
 4. 기타 계약의 변경
- ② 회사는 계약자가 제1항 제2호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해약된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자가 제1항 제3호의 규정에 의하여 사망보험금 수익자를 변경하고자 할 때에는 보험금의 지급 사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 동의를 얻어야 합니다.

제3조 (계약자의 임의해지 및 이전)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제14조(해약환급금)에 따라 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

- ② 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제6조(계약자의 임의해지 및 이전)에 따라 계약을 이전하는 경우에 이 계약은 해지된 것으로 간주하며 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험사고는 발생하였으나 보험금 지급이 확정되지 않은 경우에는 보통약관 제6조(계약자의 임의해지 및 이전)의 규정에도 불구하고 이전하여 드리지 아니합니다.

제4조 (계약의 소멸)

- ① 한번의 사고에 대하여 회사가 일반후유장해보험금을 지급한 때에는 남은 보험기간에 대한 이 계약의 보험가입금액은 감액되지 아니하며, 사망보험금 또는 고도후유장해보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 계약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 계약이 소멸되는 경우에 회사는 이 계약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 이 계약에서 보장하지 아니하는 사유로 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적립한 이 계약의 책임준비금을 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제9조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失蹤宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

제5조 (회사의 보장의 시기 및 중지)

- ① 회사의 보장은 보험가입증서(보험증권)에 기재된 보험기간의 첫날 오후 4시(이하 “보장개시일”이라 합니다.)에 시작하며 마지막날 오후 4시에 끝납니다. 이 경우 시각은 보험가입증서(보험증권) 발행지의 표준시에 따릅니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 회사는 다른 약정이 없으면 제1회 보험료를 받기 전에 생긴 손해에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
- ③ 회사가 계약자로부터 계약의 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에 그 청약을 승낙하기 전에 계약에서 정한 보험사고가 생긴 때에는 회사는 계약상의 보장을 합니다.
- ④ 제3항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제1항에서 정한 보장의 시기가 개시되지 아니한 경우
 2. 제17조(계약전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 3. 제19조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 아니 할 수 있는 경우

제6조 (보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하는 때에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 하며, 회사는 제3항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 보험료 수금방법이 회사의 방문수금 또는 계약자의 은행 수납방법으로 약정되어 있는 경우에 회사가 방문수금을 이행하지 않거나 은행 납입통지서를 드리지 않음으로써 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일부터 3개월이 되는 날까지를 납입최고(독촉)기간으로 하여 제1항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 수금하기로 하거나 은행납입통지서를 다시 드리기로 한 경우에는 그 수금 또는 다시 드린 날로부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로 합니다.
- ③ 제2회 이후의 보험료가 납입기일까지 납입되지 아니하여 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 계약자에게 납입최고(독촉)기간 안에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원리금을 차감할 수 있다는 내용을 포함)을 납입최고(독촉)기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
- ④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제14조(해약환급금)에 따라 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 제6조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 예정이율 +1%로 계산한 이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 계약의 부활(효력회복)에 관하여는 제1조(보험계약의 성립), 제5조(회사의 보장의 시기 및 종기), 제17조(계약전 알릴 의무) 및 제19조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다.

제8조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간(회사의 보장이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 보통약관의 연금지급 종료나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 이하 같습니다.) 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “사고”라 합니다.)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다.)에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해(이하 “손해”라 합니다.)를 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

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

제9조 (보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 피보험자(보험대상자)의 고의
 2. 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 간접피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)
 5. 피보험자(보험대상자)의 질병
 6. 피보험자(보험대상자)의 심신상실 및 정신질환
 7. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
 8. 피보험자(보험대상자)의 사형
 9. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 10. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
 11. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
 12. 위 제11호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염
- ② 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.
 2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.
- ③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다.), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다.) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상하여 드립니다.)
 3. 선박승무원, 어부, 사공 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제10조 (사망보험금)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 제8조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 상해를 입고 그 직접 결과로써 사고일부터 2년 이내에 사망하였을 때에는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 보험가입금액을 사망보험금으로 수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명되어 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 상태에서 정부기관이 피보험자(보험대상자)의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자(보험대상자)가 사망한 것으로 봅니다. 그러나 사망보험금을 지급한 후에 피보험자(보험대상자)의 생존이 확인되었을 경우에는 지급한 보험금을 회수합니다.

제11조 (후유장해보험금)

- ① 고도후유장해보험금 : 회사는 피보험자(보험대상자)가 제8조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접 결과로써 사고일부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다.)되어 장해분류표([별표1] 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해(이하 “고도후유장해”라 합니다.)가 남았을 경우에는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 수익자에게 지급합니다.
- ② 일반후유장해보험금 : 회사는 피보험자(보험대상자)가 제8조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다.)되어 장해분류표에서 정한 지급률이 80%미만에 해당하는 후유장해(이하 “일반후유장해”라 합니다.)가 남았을 경우 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특약의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 수익자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해 지급률로 하여 제1항 및 제2항을 적용합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 후유장해보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 사고일부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사의 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑤ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

- ⑥ 같은 사고로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
- ⑨ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.
1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
 2. 위1호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

제12조 (다른 신체상해 또는 질병의 영향)

- ① 피보험자(보험대상자)가 제8조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 경우 이미 존재한 신체장해 또는 질병의 영향으로 또는 제8조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 후에 그 원인이 된 사고와 관계없이 새로이 발생한 상해나 질병의 영향으로 제8조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 경우 회사는 그 영향이 없었던 때에 상당하는 금액을 결정하여 지급합니다.
- ② 정당한 이유 없이 피보험자(보험대상자)가 치료를 게을리하거나 또는 계약자나 수익자가 치료를 하여 주지 않음으로 인하여 제8조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 경우에도 제1항과 같은 방법으로 합니다.

제13조 (보험금의 지급한도)

- ① 회사가 지급하여야 할 하나의 사고에 대한 후유장해보험금은 고도후유장해보험금을 한도로 합니다.
- ② 회사는 하나의 사고로 사망보험금과 일반후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급합니다. 그러나 고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 이후에는 사망보험금을 지급하지 아니합니다.

다.

제14조 (해약환급금)

- ① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제15조 (소멸시효)

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

제16조 (보험금 청구권의 상실)

계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 손해의 통지 또는 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조하거나 변조한 경우에는 피보험자(보험대상자) 또는 수익자는 손해에 대한 보험금 청구권을 상실합니다.

제17조(계약전 알릴 의무)

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

제18조 (계약후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 계약을 맺은 후 피보험자(보험대상자)가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다.)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 직접 사용하게 된 경우에는 지체 없이 서면으로 회사에 알리고 보험가입증서(보험증권)에 확인을 받아야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 지불을 게을리

했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하 “변경전 요율”이라 합니다.)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 “변경후 요율”이라 합니다.)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없는 사고로 발생한 손해에 관해서는 그러하지 아니합니다.

- ④ 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 직업 또는 직무의 변경 사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 제3항에 의해 보상됨을 서면으로 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제19조 (알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제17조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제18조(계약후 알릴 의무) 제1항에 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
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(건강진단을 받은 피보험자(보험대상자)의 경우에는 1년)이 지났을 때
 3. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때(계약자 또는 피보험자(보험대상자)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 피보험자(보험대상자)의 계약전 알릴 의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 자필로 서명한 경우는 제외)
- ③ 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우에는 해약환급금을 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 계약전 알릴의무 위반 사실뿐만 아니라 계약전 알릴의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다. 또한 이 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급합니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제18조(계약후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보상하여 드립니다.

- ⑥ 손해가 제1항에 해당되는 사실로 생긴 것이 아닌 것으로 증명된 때에는 제4항 및 제5항에 관계없이 보상하여 드립니다.

제20조 (계약취소권의 행사제한)

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

제21조 (보험수익자의 지정)

계약자는 수익자를 지정할 수 있으며 수익자를 지정하지 아니한 때에는 사망보험금의 경우는 피보험자(보험대상자)의 상속인으로, 사망보험금 이외의 보험금의 경우는 피보험자(보험대상자)로 합니다.

제22조 (손해의 통지)

- ① 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자는 사고가 생긴 것을 안 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.
- ② 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 제1항의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제23조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 계약자, 피보험자(보험대상자)(또는 수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제24조 (보험금의 지급)

- ① 회사는 제23조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 신체손해에 관한 보험금은 3영업일, 배상책임손해에 대한 보험금은 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
- ② 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일초과가 명백히 예상되는 경우에는 구체적 사유와 지급예정일을 피보험자(보험대상자) 또는 수익자에게 서면통지하여 드립니다.
- ③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.
- ④ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자는 제19조(알릴 의무 위반의 효과)와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금지급 지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

제25조 (보험금을 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급하거나 일시에 지급하는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 나누어 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 나누어 지급 할 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 예정이율로 할인한 금액을 지급합니다.

제26조 (준용규정)

이 계약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 세제혜택 등), 제14조(기본연금의 지급), 제15조(건강관리비(중도환급금)) 및 제16조(장수축하금(만기환급금))의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

연금저축손해보험
하이라이프노후웰스보험(Hi0908)
추가특별약관

1. 교통상해사망후유장해(운전자) 보장 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 연금개시전 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다.) 중에 아래에 정한 사고(이하 “교통사고”라 합니다.)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다.)에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 생긴 손해를 이 추가특별약관(이하 “추가특약”이라 합니다.)에 따라 보상하여 드립니다.
1. 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 “자동차 운전중 교통사고”라 합니다.)
 2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다.)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “탑승중 교통사고”라 합니다.)
 3. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다.)와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 “비탑승중 교통사고”라 합니다.)
- ② 제1항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ③ 제1항에서 “기타교통수단”라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다.), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함합니다.)
 4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 아니합니다.)
- ④ 제1항에서 “자동차를 운전중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ⑤ 제1항에서 “연금개시전 보험기간”은 회사의 책임이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.)의 연금지급개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

이 추가특약의 보상하지 아니하는 손해는 상해사망후유장해보장 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다.) 제9조(보상하지 아니하는 손해)를 따르며, 또한 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래에 열거된 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다.) 또는 흥행(연습을 포함합니다.)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다.)하고 있는 동안 발생한 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제3조 (추가특약의 소멸)

- ① 회사가 한 번의 사고에 대하여 이 추가특약에 따라 일반후유장해보험금을 지급한 때에는 남은 보험기간에 대한 이 추가특약의 보험가입금액은 감액되지 아니합니다.
- ② 특별약관 제4조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 특별약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 추가특약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 제2항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하는 경우에도 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적립한 이 추가특약의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 특별약관 제9조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失蹤宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

제4조 (사망보험금)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 제1조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 상해를 입고 그 직접 결과로써 사고일부터 2년 이내에 사망하였을 때에는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약의 보험가입금액 사망보험금으로 수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명되어 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 상태에서 정부기관이 피보험자(보험대상자)의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자(보험대상자)가 사망한 것으로 봅니다. 그러나 사망보험금을 지급한 후에 피보험자(보험대상자)의 생존이 확인되었을 경우에는 지급한 보험금을 회수합니다.

제5조 (후유장해보험금)

- ① 고도후유장해보험금 : 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 제1조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접 결과로써 사고일부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 "후유장해"라 합니다.)되어 장해분류표([별표1]참조, 이하 같습니다.)에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해(이하 "고도후유장해"라 합니다.)가 남았을 경우에는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약의 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 수익자에게 지급합니다.
- ② 일반후유장해보험금 : 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 제1조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접 결과로써 사고일부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 "후유장해"라 합니다.)되어 장해분류표에서 정한 지급률이 80% 미만에 해당하는 후유장해(이하 "일반후유장해"라 합니다.)가 남았을 경우에는 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 수익자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장애 지급률의 20%를 후유장해 지급률로 인정하여 제1항 및 제2항을 적용합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 후유장해보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 사고일부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사의 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑤ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
- ⑥ 같은 사고로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
- ⑨ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의

동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 추가특약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 위1호 이외에 이 추가특약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

제6조 (준용규정)

이 추가특약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 세제혜택 등), 제14조(기본연금의 지급), 제15조(건강관리비(중도환급금)) 및 제16조(장수축하금(만기환급금))의 규정은 제외합니다.) 및 특별약관(단, 제10조(사망보험금) 및 제11조(후유장해보험금)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

2. 교통상해사망후유장해(비운전자) 보장 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 연금개시전 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다.) 중에 아래에 정한 사고(이하 “비운전중 교통사고”라 합니다.)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다.)에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 생긴 손해를 이 추가특별약관(이하 “추가특약”이라 합니다.)에 따라 보상하여 드립니다.
1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다.)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “탑승중 교통사고”라 합니다.)
 2. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다.)와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 “비탑승중 교통사고”라 합니다.)
- ② 제1항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계는 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ③ 제1항에서 “기타교통수단”라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다.), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함합니다.)
 4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 아니합니다.)
- ④ 제1항에서 “자동차를 운전중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ⑤ 제1항에서 “연금개시전 보험기간”은 회사의 책임이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.)의 연금지급개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

이 추가특약의 보상하지 아니하는 손해는 상해사망후유장해보장 특별약관(이하 “특별약관”이라 함니

다.) 제9조(보상하지 아니하는 손해)를 따르며, 또한 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래에 열거된 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다.) 또는 흥행(연습을 포함합니다.)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다.)하고 있는 동안 발생한 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제3조 (추가특약의 소멸)

- ① 회사가 한 번의 사고에 대하여 이 추가특약에 따라 일반후유장해보험금을 지급한 때에는 남은 보험기간에 대한 이 추가특약의 보험가입금액은 감액되지 아니합니다.
- ② 특별약관 제4조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 특별약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 추가특약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 제2항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하는 경우에도 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적립한 이 추가특약의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 특별약관 제9조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失蹤宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

제4조 (사망보험금)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 제1조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 상해를 입고 그 직접 결과로써 사고일부터 2년 이내에 사망하였을 때에는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약의 보험가입금액 사망보험금으로 수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명되어 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 상태에서 정부기관이 피보험자(보험대상자)의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자(보험대상자)가 사망한 것으로 봅니다. 그러나 사망보험금을 지급한 후에 피보험자(보험대상자)의 생존이 확인되었을 경우에는 지급한 보험금을 회수합니다.

제5조 (후유장해보험금)

- ① 고도후유장해보험금 : 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 제1조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접 결과로써 사고일부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 "후유장해"라 합니다.)되어 장해분류표([별표1]참조, 이하 같습니다.)에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해(이하 "고도후유장해"라 합니다.)가 남았을 경우에는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약의 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 수익자에게 지급합니다.
- ② 일반후유장해보험금 : 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 제1조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접 결과로써 사고일부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 "후유장해"라 합니다.)되어 장해분류표에서 정한 지급률이 80% 미만에 해당하는 후유장해(이하 "일반후유장해"라 합니다.)가 남았을 경우에는 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 수익자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장애 지급률의 20%를 후유장해 지급률로 인정하여 제1항 및 제2항을 적용합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 후유장해보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 사고일부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사의 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑤ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
- ⑥ 같은 사고로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
- ⑨ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의
-
- 연금저축손해보험 하이라이프후웰스보험(Hi0908) 약관

동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 추가특약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 위1호 이외에 이 추가특약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

제6조 (준용규정)

이 추가특약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 세제혜택 등), 제14조(기본연금의 지급), 제15조(건강관리비(중도환급금)) 및 제16조(장수축하금(만기환급금))의 규정은 제외합니다.) 및 특별약관(단, 제10조(사망보험금) 및 제11조(후유장해보험금)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

3. 상해의료비(갱신형) 보장 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 추가특별약관(이하 “추가특약”이라 합니다.)의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다.) 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “사고”라 합니다.)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다.)에 상해를 입고 그 직접 결과로써 의사의 치료를 받은 경우에는 이 추가특약에 따라 1사고당 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약의 보험가입금액을 한도로 피보험자(보험대상자)가 실제로 부담한 의료비전액을 수익자에게 지급합니다. 그러나 어떠한 경우에도 사고일로부터 180일을 한도로 합니다.
 - ② 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료전 사고일로부터 계속 중인 치료에 대하여는 제1항의 상해의료비를 180일 한도로 보상하여 드립니다.
 - ③ 제1항에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험을 적용 받지 아니한 경우(자동차사고, 산업재해보상사고 등을 포함합니다.)에는 발생한 의료비 총액의 50% 해당액을 1사고당 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약 보험가입금액을 한도로 수익자에게 지급합니다.
 - ④ 제1항 및 제3항에도 불구하고 아래의 각 호에 해당하는 비용은 보험금을 지급하지 아니합니다.
 1. 한약재 등의 보신용 투약비용
 2. 병실료차액(실제사용병실과 기준병실과의 병실료차액)
다만, 의사가 치료상 부득이 기준병실보다 입원료가 비싼 병실(이하 “상급병실”이라 합니다.)에 입원하여야 한다고 판단하여 상급병실에 입원한 경우에는 예외로 하며, 병실의 사정으로 부득이 상급병실에 입원하였을 때에는 7일의 범위 내에서 예외로 합니다.
 3. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
 - ⑤ 제1항 및 제3항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 제1항 및 제3항의 비용을 초과하였을 때, 회사는 이 추가특약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 의료비 보험금을 지급합니다.
- <용어풀이>
다수 계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.
- ⑥ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.

- ⑦ 제1항에서 “연금개시전 보험기간”은 회사의 책임이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.)의 연금지급개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (특약의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다.
- ② 이 특약의 갱신은 “보험업감독규정 부칙(금융위원회 고시 제2009-43호, 2009. 8. 1 시행)에 의한 실손의료비 보장계약 갱신 특별약관”을 따릅니다.

제3조 (추가특약의 소멸)

- ① 상해사망후유장해보장 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다.) 제4조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 특별약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 추가특약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하는 경우에도 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적립한 이 추가특약의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 특별약관 제9조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失蹤宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

제4조 (준용규정)

이 추가특약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 세제혜택 등), 제14조(기본연금의 지급), 제15조(건강관리비(중도환급금)) 및 제16조(장수축하금(만기환급금))의 규정은 제외합니다.) 및 특별약관(단, 제10조(사망보험금) 및 제11조(후유장해보험금)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

4. 상해입원급여금 보장 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 연금개시전 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다.) 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “사고”라 합니다.)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다.)에 상해를 입고 그 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 이 추가특별약관(이하 “추가특약”이라 합니다.)에 따라 사고일부터 180일 이내의 입원에 한하여 입원일수 1일당 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약의 보험가입금액을 상해입원급여금으로 수익자에게 지급합니다.
- ② 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ③ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상해입원급여금을 계속 보상하여 드립니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.
- ⑤ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.
- ⑥ 제1항에서 “연금개시전 보험기간”은 회사의 책임이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.)의 연금지급개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

이 추가특약의 보상하지 아니하는 손해는 상해사망후유장해보장 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다.) 제9조(보상하지 아니하는 손해)를 따르며, 또한 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 발생한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

제3조 (추가특약의 소멸)

- ① 특별약관 제4조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 특별약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 추가특약의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하는 경우에도 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적립한 이 추가특약의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 특별약관 제9조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失蹤宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

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

제5조 (준용규정)

이 추가특약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 세제혜택 등), 제14조(기본연금의 지급), 제15조(건강관리비(중도환급금)) 및 제16조(장수축하금(만기환급금))의 규정은 제외합니다.) 및 특별약관(단, 제10조(사망보험금) 및 제11조(후유장해보험금)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

5. 상해간병비 보장 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 연금개시전 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다.) 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “사고”라 합니다.)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다.)에 상해를 입고 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원 포함합니다.)에 31일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 이 추가특별약관(이하 “추가특약”이라 합니다.)에 따라 하나의 상해 사고에 대해 아래와 같이 상해간병비를 수익자에게 지급합니다.

구 분	입원31일째	입원61일째	입원91일째	입원121일째
상해 간병비	보험가입증서 (보험증권)에 기재된 이 추가특약 보험가입금액의 50%해당액 지급	보험가입증서 (보험증권)에 기재된 이 추가특약 보험가입금액의 50%해당액 추가지급	보험가입증서 (보험증권)에 기재된 이 추가특약 보험가입금액의 100%해당액 추가지급	보험가입증서 (보험증권)에 기재된 이 추가특약 보험가입금액의 100%해당액 추가지급

- ② 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료 되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1항의 상해간병비를 보상하여 드립니다.
- ③ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 상해에 대한 입원이라도 최종퇴원일로부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해간병비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
- ⑤ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.
- ⑥ 제1항에서 “연금개시전 보험기간”은 회사의 책임이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.)의 연금지급개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

이 추가특약의 보상하지 아니하는 손해는 상해사망후유장해보장 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니

다.) 제9조(보상하지 아니하는 손해)를 따르며, 또한 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 발생한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

제3조 (추가특약의 소멸)

- ① 특별약관 제4조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 특별약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 추가특약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하는 경우에도 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적립한 이 추가특약의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 특별약관 제9조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失蹤宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

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

제5조 (준용규정)

이 추가특약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 세제혜택 등), 제14조(기본연금의 지급), 제15조(건강관리비(중도환급금)) 및 제16조(장수축하금(만기환급금))의 규정은 제외합니다.) 및 특별약관(단, 제10조(사망보험금) 및 제11조(후유장해보험금)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

6. 중증화상/부식진단급여금 보장 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 연금개시전 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다.) 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “사고”라 합니다.)로 “중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)”으로 진단 확정된 경우에는 이 추가특별약관(이하 “추가특약”이라 합니다.)에 따라 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 중증화상/부식진단급여금으로 수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 “연금개시전 보험기간”은 회사의 책임이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.)의 연금지급개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (추가특약의 소멸)

- ① 회사가 이 추가특약에 따라 중증화상/부식진단급여금을 지급하였거나 상해사망후유장해보장 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다.) 제4조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 특별약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 추가특약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하는 경우에도 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적립한 이 추가특약의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 특별약관 제9조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失蹤宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

제3조 (중대한 화상 및 부식의 정의 및 진단 확정)

- ① “중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)”이라 함은 '9의 법칙(Rule of 9's)' 또는 '룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder chart)'에 의해 측정된 신체 표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)을 입은 경우를 말합니다. 단, '9의 법칙' 또는 '룬드와 브라우더 신체 표면적 차트' 측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.
- ② “중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)”의 진단 확정은 의료법 제3조 및 제5조의

규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다.)자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (준용규정)

이 추가특약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 세제혜택 등), 제14조(기본연금의 지급), 제15조(건강관리비(중도환급금)) 및 제16조(장수축하금(만기환급금))의 규정은 제외합니다.) 및 특별약관(단, 제10조(사망보험금) 및 제11조(후유장해보험금)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

7. 중대한 특정상해수술급여금 보장 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 연금개시전 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다.) 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “사고”라 합니다.)로 뇌손상 또는 내장손상을 입고 사고일부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 “개두(開頭)수술”, “개흉(開胸)수술” 또는 “개복(開腹)수술”을 받은 경우에는 이 추가특별약관(이하 “추가특약”이라 합니다.)에 따라 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 중대한 특정상해수술급여금으로 수익자에게 지급합니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 동일한 사고로 인하여 중대한 특정상해수술급여금 지급사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한 가지 사유에 의한 중대한 특정상해수술급여금만을 지급합니다.
- ② 제1항에서 “뇌손상”이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌 손상([별표2] “중대한 특정상해 분류표” 참조)을 입은 경우를 말합니다.
- ③ 제1항에서 “내장손상”이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상([별표2] “중대한 특정상해 분류표” 참조)을 입은 경우를 말합니다.
- ④ 제1항에서 “개두(開頭)수술”, “개흉(開胸)수술”, “개복(開腹)수술”이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 “개두(開頭)수술”, “개흉(開胸)수술”, “개복(開腹)수술”로 보지 아니합니다.
 1. “개두(開頭)수술”이라 함은 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.
 2. “개흉(開胸)수술”이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.
 3. “개복(開腹)수술”이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복수술에 준하는 것으로서 신장, 요관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경요도적조작에 의한 것은 해당되지 아니합니다.
- ⑤ 제1항 및 제4항에서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 뇌손상 또는 내장손상으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리하에 뇌손상 또는 내장손상의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ⑥ 제1항에서 “연금개시전 보험기간”은 회사의 책임이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 연금저

축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.)의 연금지급개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (추가특약의 소멸)

- ① 회사가 이 추가특약에 따라 중대한 특정상해수술급여금을 지급하였거나 상해사망후유장해보장 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다.) 제4조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 특별약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 추가특약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하는 경우에도 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적립한 이 추가특약의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 특별약관 제9조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失蹤宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

이 추가특약에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제4조 (준용규정)

이 추가특약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 세제혜택 등), 제14조(기본연금의 지급), 제15조(건강관리비(중도환급금)) 및 제16조(장수축하금(만기환급금))의 규정은 제외합니다.) 및 특별약관(단, 제10조(사망보험금) 및 제11조(후유장해보험금)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

8. 골절(치아파절제외)진단위로금 보장 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 연금개시전 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다.) 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “사고”라 합니다.)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다.)에 상해를 입고 그 직접적인 결과로 [별표3] “골절(치아파절제외) 분류표”에서 정한 골절(치아파절제외)로 진단 확정된 경우에는 이 추가특별약관(이하 “추가특약”이라 합니다.)에 따라 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약의 보험가입금액을 골절(치아파절제외)진단위로금으로 수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 경우 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시는 1회에 한하여 지급합니다.
- ③ 제1항에서 “연금개시전 보험기간”은 회사의 책임이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.)의 연금지급개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (추가특약의 소멸)

- ① 상해사망후유장해보장 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다.) 제4조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 특별약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 추가특약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하는 경우에도 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적립한 이 추가특약의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 특별약관 제9조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失蹤宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

제3조 (준용규정)

이 추가특약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 세제혜택 등), 제14조(기본연금의 지급), 제15조(건강관리비(중도환급금)) 및 제16조(장수축하금(만기환급금))의 규정은 제외합니다.) 및 특별약관(단, 제10조(사망보험금) 및 제11조(후유장해보험금)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

9. 화상진단위로금 보장 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 연금개시전 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다.) 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “사고”라 합니다.)로 [별표4] “화상 분류표”에서 정한 화상으로 진단 확정된 경우에는 이 추가특별약관(이하 “추가특약”이라 합니다.)에 따라 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약의 보험가입금액을 화상진단위로금으로 수익자에게 지급합니다. 다만, 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 화상 상태인 경우에도 1회에 한하여 지급합니다.
- ② 제1항의 “화상”이라 함은 화상분류표에 정한 화상(열상을 포함합니다.)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.
- ③ 제1항에서 “연금개시전 보험기간”은 회사의 책임이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.)의 연금지급개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (추가특약의 소멸)

- ① 상해사망후유장해보장 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다.) 제4조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 특별약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 추가특약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하는 경우에도 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적립한 이 추가특약의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 특별약관 제9조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失蹤宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

제3조 (준용규정)

이 추가특약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 세제혜택 등), 제14조(기본연금의 지급), 제15조(건강관리비(중도환급금)) 및 제16조(장수축하금(만기환급금))의 규정은 제외합니다.) 및 특별약관(단, 제10조(사망보험금) 및 제11조(후유장해보험금)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

10. 질병사망 보장 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 연금개시전 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다.) 중에 질병([별표5] “질병 분류표” 참조)으로 인하여 사망하거나 또는 그 질병이 치유된 후 직접 결과로써 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다.)의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다.)되어 장애분류표([별표1] 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 이 추가특별약관(이하 “추가특약”이라 합니다.)에 따라 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 추가특약의 보험가입금액을 질병사망보험금으로 수익자(에게 지급합니다.
- ② 질병의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 이 특약에 따라 보상하여 드립니다.
- ④ 제3항의 ‘청약일 이후 5년을 경과하는 동안’이라 함은 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 “보통약관”이라합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장애 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1항을 적용합니다.
- ⑦ 제1항 및 제6항의 질병사망보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 그 질병의 진단일(이하 “사고일”이라 합니다.)부터 180일이 지나도록 장애등급이 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사의 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑧ 장애분류표에 해당되지 아니하는 후유장해에 대하여는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
- ⑨ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
- ⑪ 제1항에서 “연금개시전 보험기간”은 회사의 책임이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 보통약관의 연금지급개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (추가특약의 무효)

- ① 계약을 체결할 때 만 15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자(보험대상자)로 한 경우에는 이 추가특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.
- ② 제1항의 경우에는 보통약관 제2조(보험나이)에도 불구하고 실제 만 나이를 적용합니다.

제3조 (추가특약의 소멸)

- ① 회사가 이 추가특약에 따라 질병사망보험금을 지급하였거나 상해사망후유장해보장 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다.) 제4조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 특별약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 추가특약의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 이 추가특약이나 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하는 경우에도 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적용한 이 추가특약의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 특별약관 제9조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失蹤宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

제4조 (준용규정)

이 추가특약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 세제혜택 등), 제14조(기본연금의 지급), 제15조(건강관리비(중도환급금)) 및 제16조(장수축하금(만기환급금))의 규정은 제외합니다.) 및 특별약관(단, 제9조(보상하지 아니하는 손해), 제10조(사망보험금) 및 제11조(후유장해보험금)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

11. 질병특정고도장해 보장 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 연금개시전 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다.) 중에 질병을 직접적인 원인으로 아래의 어느 하나에 해당된 때에는 이 추가특별약관(이하 “추가특약”이라 합니다.)에 따라 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 질병특정고도장해 보험금으로 수익자에게 지급합니다. 다만, 어떠한 경우에도 질병특정고도장해보험금은 중복하여 지급하지 아니합니다.

1. 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실되어 [별표6] “질병특정고도장해 판정기준”에서 정한 장애상태(이하 “질병특정고도장해”라 합니다.)가 되었을 때
2. 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애 중 하나 이상의 장애가 발생하고 “장애인 복지법 시행령” 제2조 및 “장애인 복지법 시행규칙” 제2조에서 정한 1급 또는 2급의 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인을 말합니다.)이 되었을 때

구 분	금 액
계약일로부터 1년 미만	보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약 보험가입금액의 50% 해당액
계약일로부터 1년 이상	보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약 보험가입금액의 100% 해당액

- ② 질병의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 이 특약에 따라 보상하여 드립니다.
- ④ 제3항의 ‘청약일 이후 5년을 경과하는 동안’이라 함은 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 "보통약관"이라합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다.
- ⑥ 제1항 제1호에서 정한 “질병특정고도장해”라 함은 [별표6] “질병특정고도장해 판정기준”의 1.에서 정한 장애상태가 되었을 경우 및 [별표6] “질병특정고도장해 판정기준”의 2.~8.에서 정한 장애상태에 해당되어 그 상태가 영구히 지속된다는 의사의 진단 확인을 받았을 경우를 말하며, 이 경우 의사의 진단 확인은 장애상태의 원인이 되는 질병의 최초진단확정일로부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후로 합니다.
- ⑦ 회사는 피보험자(보험대상자)의 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 종료된 경우에는 최초진단확정일로부터 180일이 지난 날의 의사진단에 기초하여 장애상태를 결정합니다.

- ⑧ 제1항에서 “연금개시전 보험기간”은 회사의 책임이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 보통약관의 연금지급개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
2. 피보험자(보험대상자)의 선천적기형, 선천적질환, 정신질환 및 이에 근거한 병상

제3조 (추가특약의 소멸)

- ① 회사가 이 추가특약에 따라 질병특정고도장해보험금을 지급하였거나 상해사망후유장해보장 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다.) 제4조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 특별약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 추가특약의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하는 경우에도 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적립한 이 추가특약의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 특별약관 제9조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失蹤宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

제4조 (준용규정)

이 추가특약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 세제혜택 등), 제14조(기본연금의 지급), 제15조(건강관리비(중도환급금)) 및 제16조(장수축하금(만기환급금))의 규정은 제외합니다.) 및 특별약관(단, 제10조(사망보험금) 및 제11조(후유장해보험금)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

12. 암진단급여금 보장 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 연금개시전 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다.) 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”, “기타피부암”, “갑상샘암”, “상피내암”, “경계성종양”(이하 “암등의 질병”이라 총칭합니다.)으로 진단 확정된 경우에는 이 추가특별약관(이하 “추가특약”이라 합니다.)에 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 진단급여금으로 수익자에게 지급합니다.

구 분	금 액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
기타피부암/갑상샘암 이외의 암 진단확정시 (암진단급여금)	보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약 보험가입금액의 50% 해당액	보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약 보험가입금액의 100% 해당액
기타피부암 진단 확정시 (기타피부암진단급여금)	보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약 보험가입금액의 10% 해당액	보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약 보험가입금액의 20% 해당액
갑상샘암 진단 확정시 (갑상샘암진단급여금)		
상피내암 진단 확정시 (상피내암진단급여금)		
경계성종양 진단 확정시 (경계성종양진단급여금)		

다만, “기타피부암/갑상샘암 이외의 암” 진단 확정 후 “기타피부암”, “갑상샘암”, “상피내암”, “경계성종양”으로 진단 확정시에는 암진단급여금 이외의 진단급여금은 지급하지 아니합니다.

- ② 제1항의 “암등의 질병”의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받는 경우는 제외합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 이 특약에 따라 보상하여 드립니다.
- ④ 제3항의 “청약일 이후 5년을 경과하는 동안”이라 함은 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 "보통약관"이라합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다.

- ⑥ 이 추가특약에서 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”에 대한 보장개시일은 보험계약일(이하 “계약일”이라 합니다.)로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 “기타피부암”, “갑상샘암”, “상피내암” 및 “경계성종양”의 보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.
- ⑦ 제1항에서 “연금개시전 보험기간”은 회사의 책임이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.)의 연금지급개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (추가특약의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 추가특약의 계약일부터 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”에 대한 보장개시일 전일 이전에 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 추가특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제3조 (추가특약의 소멸)

- ① 회사가 이 추가특약에 따라 암진단급여금을 지급하였거나 상해사망후유장해보장 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다.) 제4조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 특별약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 추가특약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하는 경우에도 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적립한 이 추가특약의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 특별약관 제9조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失蹤宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

제4조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 특별약관 제6조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 추가특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 추가특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 예정이율 +1%로 계산한 이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 추가특약의 부활(효력회복)에 관하여는 특별약관 제1조(보험계약의 성립), 특별약관 제5조(회사의 보장의 시기 및 종기), 특별약관 제17조(계약전 알릴 의무) 및 특별약관 제19조(알릴 의무 위반의

효과)의 규정을 준용합니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, 제1조(보상하는 손해) 제6항의 “보장개시일”을 다시 적용합니다.

1.1. 제5조 (암등의 질병의 정의 및 진단 확정)

1.2.

- ① 이 추가특약에서 “암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병([별표7] “악성신생물(암) 분류표” 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)는 제외합니다.
- ② 이 추가특약에서 “기타피부암”이라 함은 제1항에서 정한 “암” 중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며, “갑상샘암”이라 함은 제1항에서 정한 “암”중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다. 또한 제1항에서 정한 “암”에서 “기타피부암” 및 “갑상샘암”을 제외한 암을 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”이라 합니다.
- ③ 이 추가특약에서 “상피내암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 상피내의 암으로 분류되는 질병([별표8] “상피내의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.
- ④ 이 추가특약에서 “경계성종양”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표9] “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.
- ⑤ “암등의 질병”의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암등의 질병”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조 (준용규정)

이 추가특약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 세제혜택 등), 제14조(기본연금의 지급), 제15조(건강관리비(중도환급금)) 및 제16조(장수축하금(만기환급금))의 규정은 제외합니다.) 및 특별약관(단, 제9조(보상하지 아니하는 손해), 제10조(사망보험금) 및 제11조(후유장해보험금)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

13. 뇌출혈진단급여금 보장 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 연금개시전 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “뇌출혈”로 진단 확정된 경우에는 이 추가특별약관(이하 “추가특약”이라 합니다.)에 따라 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 뇌출혈진단급여금으로 수익자에게 지급합니다.

구 분	금 액
계약일로부터 1년 미만	보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약 보험가입금액의 50% 해당액
계약일로부터 1년 이상	보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약 보험가입금액의 100% 해당액

- ② 뇌출혈의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 이 특약에 따라 보상하여 드립니다.
- ④ 제3항의 ‘청약일 이후 5년을 경과하는 동안’이라 함은 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 "보통약관"이라합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다.
- ⑥ 제1항에서 “뇌출혈”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌출혈으로 분류되는 질병([별표10] “뇌출혈 분류표” 참조)을 말합니다.
- ⑦ “뇌출혈”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.
- ⑧ 제1항에서 “연금개시전 보험기간”은 회사의 책임이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 보통약관의 연금지급개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (추가특약의 소멸)

- ① 회사가 이 추가특약에 따라 뇌출혈진단급여금을 지급하였거나 상해사망후유장해보장 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다.) 제4조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 특별약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 추가특약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하는 경우에도 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적립한 이 추가특약의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 특별약관 제9조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失蹤宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

제3조 (준용규정)

이 추가특약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 세제혜택 등), 제14조(기본연금의 지급), 제15조(건강관리비(중도환급금)) 및 제16조(장수축하금(만기환급금))의 규정은 제외합니다.) 및 특별약관(단, 제9조(보상하지 아니하는 손해), 제10조(사망보험금) 및 제11조(후유장해보험금)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

14. 급성심근경색증진단급여금 보장 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 연금개시전 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “급성심근경색증”으로 진단 확정된 경우에는 이 추가특별약관(이하 “추가특약”이라 합니다.)에 따라 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 급성심근경색증진단급여금으로 수익자에게 지급합니다.

구 분	금 액
계약일로부터 1년 미만	보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약 보험가입금액의 50% 해당액
계약일로부터 1년 이상	보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약 보험가입금액의 100% 해당액

- ② 질병의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 이 특약에 따라 보상하여 드립니다.
- ④ 제3항의 ‘청약일 이후 5년을 경과하는 동안’이라 함은 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 "보통약관"이라합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다.
- ⑥ 제1항에서 “급성심근경색증”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 급성심근경색증으로 분류되는 질병([별표11] “급성심근경색증 분류표” 참조)을 말합니다.
- ⑦ “급성심근경색증”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.
- ⑧ 제1항에서 “연금개시전 보험기간”은 회사의 책임이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 보통약관의 연금지급개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (추가특약의 소멸)

- ① 회사가 이 추가특약에 따라 급성심근경색증진단급여금을 지급하였거나 상해사망후유장해보장 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다.) 제4조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 특별약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 추가특약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하는 경우에도 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적립한 이 추가특약의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 특별약관 제9조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失蹤宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

제3조 (준용규정)

이 추가특약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 세제혜택 등), 제14조(기본연금의 지급), 제15조(건강관리비(중도환급금)) 및 제16조(장수축하금(만기환급금))의 규정은 제외합니다.) 및 특별약관(단, 제9조(보상하지 아니하는 손해), 제10조(사망보험금) 및 제11조(후유장해보험금)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

15. 질병입원의료비 보장 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 연금개시전 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다.) 중에 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외)으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함 합니다.) 등에 입원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 질병입원의료비(이하 “의료비”라 합니다.)를 이 추가특별약관(이하 “추가특약”이라 합니다.)에 따라 보상하여 드립니다.
 1. 입원실료 : 진찰료, 기준병실(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험 환자에게 적용하는 기준병실을 말합니다. 이하 같습니다.) 사용료, 환자관리료, 식대
 2. 입원제비용 : 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비
 3. 수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비
- ② 제1항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 이 특약에 따라 보상하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년을 경과하는 동안’이라 함은 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 "보통약관"이라합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제1항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제3항을 적용합니다.
- ⑤ 회사는 제1항 제1호, 제2호, 제3호의 의료비에 대하여 국민건강보험법에 의하여 피보험자(보험대상자)가 부담하는 비용의 80% 해당액을 제4항에서 정한 각 항목별 보상한도 내에서 보상하여 드립니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 부득이한 사정으로 국민건강보험을 적용 받지 못한 경우에는 제1항 제1호, 제2호, 제3호의 의료비는 각각 발생 의료비 총액의 30% 해당액을 제4항에서 정한 각 항목별 보상한도 내에서 보상하여 드립니다.
- ⑥ 제1항 및 제5항에도 불구하고 동일 질병 또는 하나의 사고(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일 질병으로 간주하며, 동일 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 사고로 봅니다.)로 인한 의료비 보상한도는 진단확정일로부터 180일을 한도로 아래에 정한 금액을 한도로 합니다. 다만, 동일 질병에 의한 입원이라도 의료비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 발병으로 간주하여 보상하여 드립니다.

추가특약 가입금액	보상한도		
	입원실료	입원제비용	수술비
800만원	200만원	400만원	200만원

- ⑦ 제1항 및 제5항의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기

간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 최종 진단확정일로부터 퇴원하기 전까지 계속중인 입원기간에 대한 제1항 및 제5항의 의료비를 180일 한도로 보상하여 드립니다.

- ⑧ 제1항 및 제5항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산 기준에 의하여 산출한 비용을 초과하였을 때 회사는 이 추가특약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 의료비 보험금을 지급하여 드립니다.

<용어풀이>

다수 계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

- ⑨ 제1항에서 “연금개시전 보험기간”은 회사의 책임이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 보통약관의 연금지급개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 피보험자(보험대상자)의 고의
 2. 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 보통약관 제8조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 상해사고로 인하여 발생한 손해(합병증을 포함합니다.)
 5. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 6. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
 7. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
 8. 위 제8호 이외의 방사선을 쬔 것 또는 방사능 오염
 9. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 추가특약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.
- ③ 회사는 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 사유로 인한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.([별표17] “질병입원/통원의료비에서 보상하지 아니하는 질병 분류표” 참조)
1. 주로 성행위로 전파되는 감염

2. 정신 및 행동장애. 단, 치매(F00~F03)는 보상하여 드립니다.
3. 치질, 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련 질환
4. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환
5. 임신, 출산 및 산후기. 그러나 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
6. 선천성 뇌질환
7. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과

④ 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 의료비 손해에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 한약재 등의 보신용 투약비용
2. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 피임시술 및 불임치료
3. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
5. 위생관리, 탈모(원형탈모증 제외), 미모를 위한 성형수술비(성형관련비용 포함)
6. 진료와 무관한 제비용(TV 시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
7. 주근깨, 점, 여드름 등 일상생활에 지장이 없는 피부질환
8. 보습제, 기능성화장품 등 치료보조제 구입비용
9. 외모개선 목적으로 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 및 비만관리 비용
10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 의료비는 제1조(보상하는 손해)에 따라 보상하여 드립니다.

제3조 (추가특약의 소멸)

- ① 상해사망후유장해보장 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다.) 제4조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 특별약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 추가특약의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하는 경우에도 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적립한 이 추가특약의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 특별약관 제9조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失蹤宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 추가특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자(보험대상자)의 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원(한방병원, 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<용어풀이>

“이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관”이란 보건소·보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조 (의료기관) 제2항에 정한 의료기관에 준하는 의료기관을 말하며, 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등의 요양원·요양시설·복지시설 등 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 아니합니다.

제5조 (준용규정)

이 추가특약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 세제혜택 등), 제14조(기본연금의 지급), 제15조(건강관리비(중도환급금)) 및 제16조(장수축하금(만기환급금))의 규정은 제외합니다.) 및 특별약관(단, 제10조(사망보험금) 및 제11조(후유장해보험금)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

16. 질병입원급여금 보장 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 연금개시전 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다.) 중에 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원 포함합니다.)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 이 추가특별약관(이하 “추가특약”이라 합니다.)에 따라 최고 180일을 한도로 입원 1일당 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약의 보험가입금액을 질병입원급여금으로 수익자에게 지급합니다.
- ② 질병의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 이 특약에 따라 보상하여 드립니다.
- ④ 제3항의 ‘청약일 이후 5년을 경과하는 동안’이라 함은 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 "보통약관"이라합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다.
- ⑥ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ⑦ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 질병입원급여금을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑧ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
- ⑨ 제1항에서 “연금개시전 보험기간”은 회사의 책임이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 보통약관의 연금지급개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위

2. 피보험자(보험대상자)의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 심신상실 및 선천성 뇌질환
3. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술. 그러나 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
4. 성병
5. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
7. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
8. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
9. 제8호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

② 회사는 제1항 이외에 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

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

제3조 (추가특약의 소멸)

- ① 상해사망후유장해보장 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다.) 제4조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 특별약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 추가특약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하는 경우에도 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적립한 이 추가특약의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 특별약관 제9조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失蹤宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 추가특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자(보험대상자)의 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원(한방병원, 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<용어풀이>

“이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관”이란 보건소·보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조
 연금저축손해보험 하이라이프후웰스보험(Hi0908) 약관

(의료기관) 제2항에 정한 의료기관에 준하는 의료기관을 말하며, 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등의 요양원·요양시설·복지시설 등 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 아니합니다.

제5조 (준용규정)

이 추가특약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 세제혜택 등), 제14조(기본연금의 지급), 제15조(건강관리비(중도환급금)) 및 제16조(장수축하금(만기환급금))의 규정은 제외합니다.) 및 특별약관(단, 제10조(사망보험금) 및 제11조(후유장해보험금)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

17. 질병간병비 보장 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 연금개시전 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다.) 중에 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원 포함합니다.)에 31일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 이 추가특별약관(이하 “추가특약”이라 합니다.)에 따라 아래와 같이 질병간병비를 수익자에게 지급합니다.

구 분	입원31일째	입원61일째	입원91일째	입원121일째
질병 간병비	보험가입증서 (보험증권)에 기재된 이 추가특약 보험가입금액의 50%해당액 지급	보험가입증서 (보험증권)에 기재된 이 추가특약 보험가입금액의 50%해당액 추가지급	보험가입증서 (보험증권)에 기재된 이 추가특약 보험가입금액의 100%해당액 추가지급	보험가입증서 (보험증권)에 기재된 이 추가특약 보험가입금액의 100%해당액 추가지급

- ② 질병의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 이 특약에 따라 보상하여 드립니다.
- ④ 제3항의 ‘청약일 이후 5년을 경과하는 동안’이라 함은 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 "보통약관"이라합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다.
- ⑥ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1항의 질병간병비를 보상하여 드립니다.
- ⑦ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 최종퇴원일로부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.
- ⑧ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병간병비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
- ⑨ 제1항에서 “연금개시전 보험기간”은 회사의 책임이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 "보통약관"이라합니다)의 연금지급개시

나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위
 2. 피보험자(보험대상자)의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 심신상실 및 선천성 뇌질환
 3. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술. 그러나 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
 4. 성병
 5. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 6. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 7. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
 8. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
 9. 제8호 이외의 방사선을 쬔 것 또는 방사능 오염
- ② 회사는 제1항 이외에 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환

제3조 (추가특약의 소멸)

- ① 상해사망후유장해보장 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다.) 제4조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 특별약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 추가특약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하는 경우에도 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적립한 이 추가특약의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 특별약관 제9조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失蹤宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 추가특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자(보험대상자)의 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원(한방병원, 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<용어풀이>

“이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관”이란 보건소·보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 의료기관에 준하는 의료기관을 말하며, 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등의 요양원·요양시설·복지시설 등 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 아니합니다.

제5조 (준용규정)

이 추가특약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 세제혜택 등), 제14조(기본연금의 지급), 제15조(건강관리비(중도환급금)) 및 제16조(장수축하금(만기환급금))의 규정은 제외합니다.) 및 특별약관(단, 제10조(사망보험금) 및 제11조(후유장해보험금)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

18. 암입원급여금 보장 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 연금개시전 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다.) 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”, “기타피부암”, “갑상샘암”, “상피내암” 및 “경계성종양”(이하 “암등의 질병”이라 총칭합니다.)으로 진단 확정되고, 그 “암등의 질병”의 치료를 직접적인 목적으로 입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다. 이하 같습니다.)하여 제6조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 경우에는 이 추가특별약관(이하 “추가특약”이라 합니다.)에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 제1항의 “암등의 질병”의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받는 경우는 제외합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 이 특약에 따라 보상하여 드립니다.
- ④ 제3항의 “청약일 이후 5년을 경과하는 동안”이라 함은 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 "보통약관"이라합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다.
- ⑥ 이 추가특약에서 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”에 대한 보장개시일은 보험계약일(이하 “계약일”이라 합니다.)로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 “기타피부암”, “갑상샘암”, “상피내암”, “경계성종양”의 보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.
- ⑦ 제1항에서 “연금개시전 보험기간”은 회사의 책임이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.)의 연금지급개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (추가특약의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 추가특약의 계약일로부터 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”에 대한 보장개시

일 전일 이전에 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 추가특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제3조 (추가특약의 소멸)

- ① 상해사망후유장해보장 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다.) 제4조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 특별약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 추가특약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하는 경우에도 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적용한 이 추가특약의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 특별약관 제9조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失蹤宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

제4조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 특별약관 제6조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 추가특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 추가특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 예정이율 +1%로 계산한 이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 추가특약의 부활(효력회복)에 관하여는 특별약관 제1조(보험계약의 성립), 특별약관 제5조(회사의 보장의 시기 및 중기), 특별약관 제17조(계약전 알릴 의무) 및 특별약관 제19조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, 제1조(보상하는 손해) 제6항의 “보장개시일”을 다시 적용합니다.

1.3. 제5조 (암등의 질병의 정의 및 진단 확정)

1.4.

- ① 이 추가특약에서 “암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병([별표7] “악성신생물(암) 분류표” 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)는 제외합니다.
- ② 이 추가특약에서 “기타피부암”이라 함은 제1항에서 정한 “암” 중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며, “갑상샘암”이라 함은 제1항에서 정한 “암”중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다. 또한 제1항에서 정한 “암”에서 “기타피부암” 및 “갑상샘암”을 제외한 암을

“기타피부암/갑상샘암 이외의 암”이라 합니다.

- ③ 이 추가특약에서 “상피내암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 상피내의 암으로 분류되는 질병([별표8] “상피내의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.
- ④ 이 추가특약에서 “경계성종양”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표9] “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.
- ⑤ “암등의 질병”의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암등의 질병”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조 (입원의 정의와 장소)

- ① 이 추가특약에서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다.)에 의하여 “암등의 질병”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 추가특약에서 “암등의 질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 “암등의 질병”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “암등의 질병”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “암등의 질병”을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “암등의 질병”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 “암등의 질병”으로 진단된 경우에는 이는 “암등의 질병”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 추가특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 “암등의 질병”으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 “암등의 질병”에 대한 입원이라도 암입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

제7조 (입원급여금)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 제1조(보상하는 손해)에 따라 “암등의 질병”으로 4일 이상 계속입원시 각각의 질병에 대하여 3일 초과 입원일수 1일당 아래의 금액을 암입원급여금으로 수익자에게 지급합니다.

구 분	금 액
기타피부암/갑상샘암 이외의 암	보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약 보험가입금액의 100% 해당액
기타피부암	보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약 보험가입금액의 20% 해당액
갑상샘암	
상피내암	
경계성종양	

- ② 제1항의 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ③ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 “암등의 질병”의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중
에 2회 이상 입원한 경우에는 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 “암등
의 질병”에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개
시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ④ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 “암등의 질병”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받
던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의
규정에 따라 제1항의 입원급여금은 계속 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사
는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제8조 (준용규정)

이 추가특약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 세제혜택 등), 제14조(기본연금의
지급), 제15조(건강관리비(중도환급금)) 및 제16조(장수축하금(만기환급금))의 규정은 제외합니다.) 및
특별약관(단, 제9조(보상하지 아니하는 손해), 제10조(사망보험금) 및 제11조(후유장해보험금)의 규정
은 제외합니다.)을 따릅니다.

19. 암수술급여금 보장 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 연금개시전 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다.) 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”, “기타피부암”, “갑상샘암”, “상피내암” 및 “경계성종양”(이하 “암등의 질병”이라 총칭합니다.)으로 진단 확정되고, 그 “암등의 질병”의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 이 추가특별약관(이하 “추가특약”이라 합니다.)에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 제1항의 “암등의 질병”의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받는 경우는 제외합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 이 특약에 따라 보상하여 드립니다.
- ④ 제3항의 “청약일 이후 5년을 경과하는 동안”이라 함은 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 “보통약관”이라합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다.
- ⑥ 이 추가특약에서 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”에 대한 보장개시일은 보험계약일(이하 “계약일”이라 합니다.)로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 “기타피부암”, “갑상샘암”, “상피내암”, “경계성종양”의 보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.
- ⑦ 제1항에서 “연금개시전 보험기간”은 회사의 책임이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.)의 연금지급개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (추가특약의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 추가특약의 계약일부터 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”에 대한 보장개시일 전일 이전에 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 추가특약은

무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제3조 (추가특약의 소멸)

- ① 상해사망후유장해보장 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다.) 제4조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 특별약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 추가특약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하는 경우에도 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적립한 이 추가특약의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 특별약관 제9조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失蹤宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

제4조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 특별약관 제6조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 추가특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 추가특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 예정이율 +1%로 계산한 이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 추가특약의 부활(효력회복)에 관하여는 특별약관 제1조(보험계약의 성립), 특별약관 제5조(회사의 보장의 시기 및 종기), 특별약관 제17조(계약전 알릴 의무) 및 특별약관 제19조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, 제1조(보상하는 손해) 제6항의 “보장개시일”을 다시 적용합니다.

1.5. 제5조 (암등의 질병의 정의 및 진단 확정)

1.6.

- ① 이 추가특약에서 “암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병([별표7] “악성신생물(암) 분류표” 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)는 제외합니다.
- ② 이 추가특약에서 “기타피부암”이라 함은 제1항에서 정한 “암” 중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며, “갑상샘암”이라 함은 제1항에서 정한 “암”중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다. 또한 제1항에서 정한 “암”에서 “기타피부암” 및 “갑상샘암”을 제외한 암을 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”이라 합니다.

- ③ 이 추가특약에서 “상피내암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 상피내의 암으로 분류되는 질병([별표8] “상피내의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.
- ④ 이 추가특약에서 “경계성종양”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표9] “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.
- ⑤ “암등의 질병”의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암등의 질병”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조 (수술의 정의와 장소)

이 추가특약에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사에 의하여 “암등의 질병”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리하에 “암등의 질병”의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제7조 (수술급여금)

회사는 피보험자(보험대상자)가 제1조(보상하는 손해)에 따라 “암등의 질병”으로 수술시 각각의 질병에 대하여 수술 1회당 아래의 금액을 수술급여금으로 수익자에게 지급합니다.

구 분	금 액
기타피부암/갑상샘암 이외의 암	보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약 보험가입금액의 100% 해당액
기타피부암	보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약 보험가입금액의 20% 해당액
갑상샘암	
상피내암	
경계성종양	

제8조 (준용규정)

이 추가특약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 세제혜택 등), 제14조(기본연금의

지급), 제15조(건강관리비(중도환급금)) 및 제16조(장수축하금(만기환급금))의 규정은 제외합니다.) 및 특별약관(단, 제9조(보상하지 아니하는 손해), 제10조(사망보험금) 및 제11조(후유장해보험금)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

20. 장기이식수술급여금 보장 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 연금개시전 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다.) 중에 상해 또는 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다.) 등에서 장기수혜자로서 “5대 장기이식수술”을 받았을 때에는 이 추가특별약관(이하 “추가특약”이라 합니다.)에 따라 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 장기이식수술급여금으로 수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 “5대 장기”라 함은 “간장”, “신장”, “심장”, “췌장” 및 “폐장”을 말하며, “5대 장기이식수술”이라 함은 “장기등 이식에 관한 법률”에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 5대 장기를 이식대상자(피보험자(보험대상자))에게 이식하는 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스 소도세포 이식수술은 “5대 장기이식수술”로 보지 않습니다.
- ③ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.
- ④ 제1항에서 “연금개시전 보험기간”은 회사의 책임이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.)의 연금지급개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (보상하지아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 피보험자(보험대상자)의 고의
 2. 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)
 5. 피보험자(보험대상자)의 심신상실 및 정신질환
 6. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 상해 또는 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
 7. 피보험자(보험대상자)의 사형
 8. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 9. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
 10. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한

사고

11. 위 제10호 이외의 방사선을 쬔 것 또는 방사능 오염

- ② 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.
 2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.
- ③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다.), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다.) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상하여 드립니다.)
 3. 선박승무원, 어부, 사공 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제3조 (추가특약의 소멸)

- ① 회사가 이 추가특약에 따라 장기이식수술급여금을 지급하였거나 상해사망후유장해보장 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다.) 제4조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 특별약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 추가특약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하는 경우에도 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적립한 이 추가특약의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 특별약관 제9조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失蹤宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

이 추가특약에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切

斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제5조 (준용규정)

이 추가특약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 세제혜택 등), 제14조(기본연금의 지급), 제15조(건강관리비(중도환급금)) 및 제16조(장수축하금(만기환급금))의 규정은 제외합니다.) 및 특별약관(단, 제10조(사망보험금) 및 제11조(후유장해보험금)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

21. 활동불능간병비 보장 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 연금개시전 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다.) 중에 제4조(활동불능상태의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “활동불능상태”로 진단 확정되고 그 날을 포함하여 90일 이상 “활동불능상태”가 최초로 계속되었을 경우에는 이 추가특별약관(이하 “추가특약”이라 합니다.)에 따라 활동불능상태 진단 확정후 90일째 되는 날을 최초로 하여 매년 활동불능간병비 지급사유 발생 해당일에 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약 보험가입금액의 20% 해당액을 활동불능간병비로 5년간 수익자에게 확정 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 “활동불능상태”로 진단 확정된 후 보험기간이 만료되더라도 “활동불능상태”로 진단 확정된 날을 포함하여 90일 이상 “활동불능상태”가 최초로 계속되었을 경우에는 제1항에 따라 보상하여 드립니다.
- ③ 제1항의 활동불능간병비는 수익자의 요청에 의하여 예정이율로 할인한 금액을 일시금으로 지급하여 드릴 수 있습니다.
- ④ 제1항에서 “연금개시전 보험기간”은 회사의 책임이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.)의 연금지급개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 피보험자(보험대상자)의 고의
 2. 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)
 5. 알코올중독, 습관성약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 6. 피보험자(보험대상자)의 사형
 7. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 8. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
 9. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
 10. 제9호 이외의 방사선을 쬔 것 또는 방사능 오염

- ② 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 추가특약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제3조 (추가특약의 소멸)

- ① 회사가 이 추가특약에 따라 활동불능간병비를 지급하였거나 상해사망후유장해보장 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다.) 제4조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 특별약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 추가특약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하는 경우에도 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적립한 이 추가특약의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 특별약관 제9조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失蹤宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

제4조 (활동불능상태의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 추가특약에서 “활동불능상태”라 함은 질병이나 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다.)적 부상으로 종일 누워있으면서 다음 제1호를 포함하고 제2호의 ㉠~㉡중 어느 하나에 해당하는 상태를 말합니다.
1. 보행에 있어 보조기구(의수, 의족, 휠체어 등)를 사용하여도 [별표12] “일상생활동작장해 분류표”의 제1항(보행을 스스로 할 수 없음)에 규정한 어느 상태 또는 이와 같은 정도의 간병을 필요로 하는 상태에 있기 때문에 항상 타인의 간병이 필요한 경우
 2. 다음의 ㉠~㉡중 어느 행위에 있어 보조기구를 사용하여도 항상 타인의 간병이 필요한 경우
 - ㉠ [별표12] 제2항(음식물 섭취를 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
 - ㉡ [별표12] 제3항(대소변의 배설후 뒷처리를 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
 - ㉢ [별표12] 제4항(목욕을 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
 - ㉣ [별표12] 제5항(의복을 입고 벗는 일을 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
- ② “활동불능상태”의 진단 확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 정신과 또는 신경정신과 전문의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조 (준용규정)

이 추가특약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 세제혜택 등), 제14조(기본연금의 지급), 제15조(건강관리비(중도환급금)) 및 제16조(장수축하금(만기환급금))의 규정은 제외합니다.) 및 특별약관(단, 제10조(사망보험금) 및 제11조(후유장해보험금)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

22. 중증치매간병비 보장 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 연금개시전 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다.) 중에 제4조(중증치매상태의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “중증치매상태”로 진단 확정되고 그 날을 포함하여 90일 이상 “중증치매상태”가 계속되었을 경우(중증치매상태로 진단 확정되고 중증치매상태가 지속된 중에 보험기간이 종료된 경우를 포함합니다.)에는 이 추가특별약관(이하 “추가특약”이라 합니다.)에 따라 중증치매상태 진단 확정 후 90일째 되는 날을 최초로 하여 매년 중증치매간병비 지급사유 발생 해당 일에 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약 보험가입금액의 20% 해당액을 중증치매간병비로 5년간 수익자에게 확정 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 “중증치매상태”로 진단 확정된 후 보험기간이 만료되더라도 “중증치매상태”로 진단 확정된 날을 포함하여 90일 이상 “중증치매상태”가 최초로 계속되었을 경우에는 제1항에 따라 보상하여 드립니다.
- ③ 제1항의 중증치매간병비는 수익자의 요청에 의하여 예정이율로 할인한 금액을 일시금으로 지급하여 드릴 수 있습니다.
- ④ 제1항에서 “연금개시전 보험기간”은 회사의 책임이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 보통약관의 연금지급개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)
2. 알코올중독, 습관성약품 또는 환각제의 복용 및 사용
3. 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해
4. 피보험자(보험대상자)의 사형
5. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
6. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
7. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
8. 제7호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염

제3조 (추가특약의 소멸)

- ① 회사가 이 추가특약에 따라 중증치매간병비를 지급하였거나 상해사망후유장해보장 특별약관(이하 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908)) 약관

“특별약관”이라 합니다.) 제4조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 특별약관이 소멸된 때에는 그 손해 보상의 원인이 생긴 때로부터 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 추가특약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하는 경우에도 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적립한 이 추가특약의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 특별약관 제9조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.

③ 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失蹤宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

제4조 (중증치매상태의 정의 및 진단확정)

① “중증치매상태”라 함은 피보험자가 계약일 이후에 발생한 상해 또는 질병으로 인하여[별표13] (『중증치매 분류표』)에서 정한 치매로 확정되고, 이로 인하여 “인지기능의 장애”가 발생한 상태를 말합니다.

② 제1항에서 정한 “인지기능의 장애”라 함은 다음중 제1호에서 정한 한국형 간이인지기능 검사(MMSE-K(Mini-mental state examination, Korean version), 1989년)의 결과가 19점 이하(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사 방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다.)이고, 동시에 다음 중 제2호에서 정한 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사 결과가 3점 이상 (단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다.)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점으로부터 90일/180일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.

1. 한국형 간이인지기능검사(MMSE-K, 1989년)는 인지기능 선별검사로써 점수의 범위는 0~30점 까지이며, 점수가 낮을수록 중증을 의미합니다.

2. CDR척도(2001년)는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

③ “중증치매상태”의 발생시의 진단은 피험자를 진료하고 있는 해당분야 전문의 자격증을 가진 의사에 의해 객관적인 소견을 기초로 합니다.

④ “중증치매상태”의 진단확정은 「의료법」 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 정신과 또는 신경정신과 전문의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조 (준용규정)

이 추가특약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 세제혜택 등), 제14조(기본연금의 지급), 제15조(건강관리비(중도환급금)) 및 제16조(장수축하금(만기환급금))의 규정은 제외합니다.) 및 특별약관(단, 제10조(사망보험금) 및 제11조(후유장해보험금)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

23. 개호관련 특정질병진단급여금 보장 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 연금개시전 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “개호관련 특정질병”으로 진단 확정된 경우에는 이 추가특별약관(이하 “추가특약”이라 합니다.)에 따라 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 개호관련 특정질병진단급여금으로 수익자에게 지급합니다.

구 분	금 액
계약일로부터 1년 미만	보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약 보험가입금액의 50% 해당액
계약일로부터 1년 이상	보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약 보험가입금액의 100% 해당액

- ② 개호관련 특정질병의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 이 특약에 따라 보상하여 드립니다.
- ④ 제3항의 ‘청약일 이후 5년을 경과하는 동안’이라 함은 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 “보통약관”이라합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다.
- ⑥ 제1항에서 “개호관련 특정질병”이라 함은 “뇌출혈”, “크로이츠펔트-야콥병(Creutzfeldt-Jakob Disease)”, “파킨슨병(Parkinson's Disease)”, “알츠하이머병(Alzheimer's Disease)”, “근위축성측삭경화증(Amyotrophic Lateral Sclerosis)” 및 “전신형 중증근무력증(Generalized Myasthenia gravis)”을 말합니다.
- ⑦ 제1항에서 “연금개시전 보험기간”은 회사의 책임이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 보통약관의 연금지급개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (추가특약의 소멸)

- ① 회사가 이 추가특약에 따라 개호관련 특정질병진단급여금을 지급하였거나 상해사망후유장해보장 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다.) 제4조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 특별약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 추가특약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하는 경우에도 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적용한 이 추가특약의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 특별약관 제9조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失蹤宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

제3조 (뇌출혈의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 추가특약에서 “뇌출혈”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌출혈로 분류되는 질병([별표10] “뇌출혈 분류표” 참조)을 말합니다.
- ② “뇌출혈”의 진단 확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자(이하 “의사”라고 합니다.)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사(CSF) 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다. 또한, 회사가 “뇌출혈”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (크로이츠펠트-야콥병의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 추가특약에서 “크로이츠펠트-야콥병(Creutzfeldt-Jakob Disease)”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류 A81.0에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 단, 가족성 크로이츠펠트-야콥병(fCJD, Familial Creutzfeldt-Jakob Disease)은 보장에서 제외합니다.
- ③ “크로이츠펠트-야콥병”의 진단 확정은 뇌파검사(EEG), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌척수액검사(CSF), 조직검사 등을 근거로 하여 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 신경과 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “크로이츠펠트-야콥병”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조 (파킨슨병의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 추가특약에서 “파킨슨병(Parkinson's Disease)”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류 G20에 해당하는 질병 중에서 호엔-야(Hoehn-Yahr) 척도 3단계 이상인 경우를 말합니다.
- ② 이 추가특약에서 “파킨슨병”의 진단 확정은 핵자기공명영상법(MRI), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 양전자방출단층촬영(PET), 뇌척수액검사(CSF) 등을 근거로 하여 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 신경과 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “파킨슨병”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제6조 (알츠하이머병의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 추가특약에서 “알츠하이머병(Alzheimer's Disease)”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류 G30에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② “알츠하이머병”의 진단 확정은 뇌파검사(EEG), 핵자기공명영상법(MRI), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 양전자방출단층촬영(PET), 뇌척수액검사(CSF) 등을 근거로 하여 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 신경과 전문의 또는 신경정신과 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “알츠하이머병”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조 (근위축성측삭경화증의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 추가특약에서 “근위축성측삭경화증(Amyotrophic Lateral Sclerosis)”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류 G12.2에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, “가족성 운동신경원병”, “원발성측삭경화증”, “진행성구마비” 및 “척수성근육위축”은 제외됩니다.
- ② “근위축성측삭경화증”의 진단 확정은 혈액검사, 뇌척수액검사(CSF), 근조직생검(Muscle Biopsy), 근전도검사(EMG), 경부X-선 검사, 핵자기공명영상법(MRI), 척수조영술 등을 근거로 하여 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 신경과 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “근위축성측삭경화증”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제8조 (전신형 중증근무력증의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 추가특약에서 “전신형 중증근무력증(Generalized Myasthenia gravis)”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류 G70.0에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 안구형 중증근무력증(Modified Osserman 분류상 Type I)은 제외됩니다.

② 제1항에도 불구하고 “가족성 중증근무력증”은 보장에서 제외됩니다.

③ “전신형 중증근무력증”의 진단 확정은 텐실론 검사(Tensilon test), 반복 신경자극(RNS) 검사, 단일근섬유 근전도(SFEMG) 검사, 혈청 항아세틸콜린수용체 항체(Anti-AChR Ab) 검사 등에 근거하여 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 신경과 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “전신형 중증근무력증”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제9조 (준용규정)

이 추가특약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 세제혜택 등), 제14조(기본연금의 지급), 제15조(건강관리비(중도환급금)) 및 제16조(장수축하금(만기환급금))의 규정은 제외합니다.) 및 특별약관(단, 제9조(보상하지 아니하는 손해), 제10조(사망보험금) 및 제11조(후유장해보험금)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

24. 개호유발 특정질병입원급여금 보장 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 연금개시전 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “개호유발 특정질병”으로 진단 확정되고, 그 “개호유발 특정질병”의 치료를 직접적인 목적으로 입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속입원한 것으로 봅니다. 이하 같습니다.)하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 경우에는 이 추가특별약관(이하 “추가특약”이라 합니다.)에 따라 최고 180일을 한도로 입원일수 1일당 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 추가특약의 보험가입금액을 개호유발 특정질병입원급여금으로 수익자에게 지급합니다.
- ② 개호유발 특정질병의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 이 특약에 따라 보상하여 드립니다.
- ④ 제3항의 ‘청약일 이후 5년을 경과하는 동안’이라 함은 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 "보통약관"이라합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다.
- ⑥ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 “개호유발 특정질병”의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 “개호유발 특정질병”에 대한 입원이라도 개호유발 특정질병입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ⑦ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 개호유발 특정질병입원급여금을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑧ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 개호유발 특정질병입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
- ⑨ 제1항에서 “연금개시전 보험기간”은 회사의 책임이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 보통약관의 연금지급개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (추가특약의 소멸)

- ① 상해사망후유장해보장 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다.) 제4조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 특별약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 추가특약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하는 경우에도 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적립한 이 추가특약의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 특별약관 제9조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失蹤宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

제3조 (개호유발 특정질병의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 추가특약에서 “개호유발 특정질병”이라 함은 [별표15] “개호유발 특정질병 분류표”에서 정하는 “중추신경계통의 비정형 바이러스감염”, “기타 명시된 내분비 장애”, “신경계통의 질환”, “뇌출혈”, “동맥 및 소동맥 질환”, “기타 폐질환”, “류마티스 관절염”, “관절증”, “척추병증”, “골다공증”을 말합니다.
- ② “개호유발 특정질병”의 진단 확정은 의료법 제3조에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

- ① 이 추가특약에서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다.)에 의하여 “개호유발 특정질병”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 추가특약에서 “개호유발 특정질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 “개호유발 특정질병”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “개호유발 특정질병”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “개호유발 특정질병”을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “개호유발 특정질병”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 “개호유발 특정질병”으로 진단된 경우에는 이는 “개호유발 특정질병”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 추가특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 “개호유발 특정질병”으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 “개호유발 특정질병”에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원

으로 봅니다.

제5조 (준용규정)

이 추가특약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 세제혜택 등), 제14조(기본연금의 지급), 제15조(건강관리비(중도환급금)) 및 제16조(장수축하금(만기환급금))의 규정은 제외합니다.) 및 특별약관(단, 제9조(보상하지 아니하는 손해), 제10조(사망보험금) 및 제11조(후유장해보험금)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

25. 일상생활배상책임 보장 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자) 본인 및 그와 동거하는 배우자(이하 “피보험자(보험대상자)”라 합니다.)가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 연금개시전 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다.) 중에 아래에 열거한 사고(이하 “사고”라 합니다.)로 타인의 신체(의수, 의족, 의치, 의안 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다.)의 장애에 대한 법률상의 배상책임(이하 “대인 배상책임”이라 합니다.) 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임(이하 “대물 배상책임”이라 합니다.)을 부담함으로써 입은 손해(이하 “배상책임손해”라 합니다.)를 이 추가특별약관(이하 “추가특약”이라 합니다.)에 따라 수익자에게 보상하여 드립니다.
1. 피보험자(보험대상자)가 주거용으로 사용하는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 “주택”이라 합니다.)의 소유, 사용 또는 관리에 인한 우연한 사고
 2. 피보험자(보험대상자)의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다.)에 기인하는 우연한 사고
- ② 제1항에서 “연금개시전 보험기간”은 회사의 책임이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.)의 연금지급개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 피보험자(보험대상자)의 고의
 2. 계약자(법인의 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의
 3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
 4. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 5. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료 물질에 의해 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
 6. 위 제5호 이외의 방사선을 쬔 것 또는 방사능 오염
- ② 회사는 제1항 제1호 및 제2호의 사유가 발생한 때에는 이 추가특약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.
 2. 제1항 제2호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 않습니다.

- ③ 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해

는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
2. 보험가입증서(보험증권)에 기재된 주택을 제외하고 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산에 기인하는 배상책임
3. 피보험자(보험대상자)의 피용인이 피보험자(보험대상자)의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해(신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.)에 기인하는 배상책임
4. 피보험자(보험대상자)와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
5. 피보험자(보험대상자)와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
6. 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람들에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔등 숙박시설의 객실이나 객실 내의 동산에 끼친 손해에 대하여는 그러하지 아니합니다.
7. 피보험자(보험대상자)의 심신상실에 기인하는 배상책임
8. 피보험자(보험대상자) 또는 피보험자(보험대상자)의 지시에 따른 폭행 또는 구타에 기인하는 배상책임
9. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다.), 총기(공기총을 제외합니다.)의 소유, 사용 또는 관리에 기인하는 배상책임
10. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임, 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상하여 드립니다.
11. 폭력행위에 기인하는 배상책임

제3조 (추가특약의 무효)

계약을 체결할 때 아래와 같은 사실이 있으면 이 추가특약은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

1. 계약에 관하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인의 사기행위가 있었을 경우
2. 보험목적에 이미 손해가 발생하였거나 그 원인이 생긴 것을 알면서도 이를 회사에 알리지 아니하였을 경우

제4조 (추가특약의 소멸)

① 상해사망후유장해보장 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다.) 제4조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 특별약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 추가특약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하는 경우에도 이 추가특약은 소멸되며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적립한 이 추가특약의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 특별약관 제9조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.

- ③ 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失蹤宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

제5조 (손해방지의무)

- ① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
1. 손해의 방지 또는 경감을 위한 일체의 방법을 조사하여 구하는 일
 2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 절차를 취할 일
 3. 손해배상책임의 전부 또는 일부를 승인하고자 할 때에는 미리 회사의 동의를 받을 일. 그러나 피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치는 그러하지 아니합니다.
 4. 손해배상책임에 관하여 피보험자(보험대상자)가 소송을 제기하려고 할 때에는 미리 회사의 동의를 받을 일
- ② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 그 손해액을 아래와 같이 결정합니다.
1. 제1항 제1호 및 제2호의 경우에는 손해를 방지 또는 경감할 수 있었다고 인정되는 부분을 뺍니다.
 2. 제1항 제3호의 경우에는 회사가 손해배상책임이 없다고 인정되는 부분을 뺍니다.
 3. 제1항 제4호의 경우에는 소송비용 및 변호사비용과 회사가 손해배상책임이 없다고 인정되는 부분을 보상하지 아니합니다.

제6조 (지급보험금)

- ① 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.
1. 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 지급한 손해배상금 (손해배상금을 지급함으로써 대위취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다.)
 2. 피보험자(보험대상자)가 손해방지의 방법을 조사하여 구하기 위하여 지급한 필요 또는 유익하였던 비용. 그러나 피보험자(보험대상자)가 손해방지의 방법을 조사하여 구한 후에 배상책임이 없음이 판명된 때에는 그 방법을 조사하여 구함에 따른 비용 중 응급처치, 긴급호송, 그 밖의 긴급조치를 위하여 지급한 비용과 지급에 관하여 미리 회사의 승인을 받은 비용만 보상하여 드립니다.
 3. 피보험자(보험대상자)가 권리를 지키거나 행사하는 절차를 밟는 데 지급한 필요 또는 유익하였던 비용
 4. 피보험자(보험대상자)가 회사의 승인을 받아 지급한 소송비용, 변호사보수, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
 5. 증권 상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.
 6. 피보험자(보험대상자)를 대신하여 회사가 손해배상처리를 할 경우 피보험자(보험대상자)가 회사의 요구에 따르기 위하여 지급한 비용

- ② 제1항의 손해에 대한 회사의 보상한도는 매회의 사고마다 자기부담금(대물 배상책임은 20만원, 대인 배상책임은 없음)을 초과하는 경우에 그 초과하는 대물 배상책임 및 대인 배상책임 손해를 더한 금액으로 하되 아래와 같습니다.
1. 제1항 제1호의 손해배상금 : 1사고당 보험가입증서(보험증권)에 기재된 보상한도액(1억원) 한도
 2. 제1항 제2호, 제3호, 제4호 및 제6호의 비용 : 피보험자(보험대상자)가 지급한 비용의 전액. 그러나 제1항 제1호의 손해배상금이 보상한도액을 넘는 경우에는 제1항 제3호 및 제4호의 비용 중 소송비용의 인지대, 변호사비용 및 제5호의 비용은 보험가입증서(보험증권)에 기재된 보상한도액에 해당하는 금액에 대한 비용만 보상

제7조 (손해배상청구에 대한 회사의 해결)

- ① 피보험자(보험대상자)가 피해자로부터 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 추가특약에 의하여 회사가 피보험자(보험대상자)에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자(보험대상자)가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자(보험대상자)에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자(보험대상자) 및 계약자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자(보험대상자)를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자(보험대상자)는 이에 협력하여야 합니다.
- ④ 계약자 및 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 회사는 그로 인해 늘어난 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제8조 (보험금의 분담)

- ① 회사는 이 추가특약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다.)이 있을 경우에는 각 계약을 포함합니다.)에 대하여 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다.)이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 넘을 때에는, 회사는 이 추가특약에 의한 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다.)에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제9조 (대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자(보험대상자)가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자(보험대상자)의 권리를 침해하지 아니하는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.
- ② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 부담합니다.
- ③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제10조 (계약후 알릴 의무)

- ① 계약을 체결한 후 보험목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 지체 없이 서면으로 회사에 알리고 보험가입증서(보험증권)에 확인을 받아야 합니다.
 1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 맺으려고 하든지 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
 3. 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 증가할 때
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다

제11조 (알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 특별약관 제17조 (계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제10조(계약후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때
 3. 상당한 이유없이 손해조사를 거부 또는 회피할 때
- ② 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
 3. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다.)가 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 계약전 알릴 의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 자필로 서명한 경우는 제외)

- ③ 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우에는 해약환급금을 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에는 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 계약전 알릴 의무 위반 사실뿐만 아니라 계약전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다. 또한 이 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급합니다.
- ⑤ 제1항 제2호 및 제3호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에는 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 이 경우에는 해약환급금을 지급합니다.
- ⑥ 손해가 제1항에 해당되는 사실로 생긴 것이 아닌 것으로 증명된 때에는 제4항 및 제5항에 관계없이 보상하여 드립니다.

제12조 (손해의 통지 및 조사)

- ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.
1. 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
 2. 제3자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
 3. 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우
- ② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 제1항 제1호 및 제2호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 아니하며, 제1항 제3호의 통지를 게을리한 때에는 소송비용과 회사가 손해배상책임이 없다고 인정되는 부분은 보상하지 아니합니다.

제13조 (준용규정)

이 추가특약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 세제혜택 등), 제14조(기본연금의 지급), 제15조(건강관리비(중도환급금)) 및 제16조(장수축하금(만기환급금))의 규정은 제외합니다.) 및 특별약관(단, 제10조(사망보험금) 및 제11조(후유장해보험금)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

26. 보험업감독규정 부칙(금융위원회 고시 제2009-43호, 2009. 8. 1 시행)에 의한 실손의료비 보장계약 갱신 특별약관

제1조 (특약의 적용)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다.)은 2009년 9월 30일 이전에 계약을 체결한 실손의료비 보장추가특약(이하 “갱신전 보장추가특약”이라 합니다.)을 보험업감독규정 부칙(금융위원회 고시 제2009-43호, 2009. 8. 1 시행) 제2조 제2항 단서에 따른 실손의료비 보장추가특약(이하 “갱신후 보장추가특약”이라 합니다.)으로 갱신하는 경우에 적용합니다.

제2조 (갱신전 보장추가특약의 갱신 및 갱신후 보장추가특약의 적용)

- ① 다음 각호의 조건을 충족하고, 갱신전 보장추가특약이 만기되는 날로부터 15일 전까지 계약자의 별도 의사표시가 없을 때에는 갱신전 보장추가특약이 만기되는 날의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다.)에 갱신후 보장추가특약으로 갱신되는 것으로 합니다.
 1. 갱신후 보장추가특약 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 2. 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 3. 갱신전 보장추가특약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ② 제1항의 갱신에 따른 갱신후의 보장내용, 가입금액, 보험기간, 보험료의 납입방법 등은 사업방법서 및 갱신후 보장추가특약의 약관을 따르며, 갱신후 보장추가특약의 보험요율에 관한 제도 또는 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ③ 회사는 갱신후 보장추가특약의 보장내용, 가입금액, 보험기간, 보험료의 납입방법 및 보험료에 대하여 갱신전 보장추가특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 그 내용을 서면으로 안내하여 드립니다.
- ④ 회사는 제1항 내지 제3항에 의하여 갱신전 보장추가특약이 갱신후 보장추가특약으로 갱신되는 경우 변경된 보험증권(보험가입증서)을 발행하여 드립니다.

제3조 (갱신후 보장추가특약 제1회 보험료의 납입유예와 계약의 해제)

- ① 계약자가 갱신전 보장추가특약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신후 보장추가특약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 아니한 때에는 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입유예기간으로 하며, 이 납입유예기간 안에 보험료가 납입되지 아니한 경우에는 납입유예기간이 끝나는 날의 다음날 해당 보장추가특약을 해제합니다.
- ② 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 갱신후 보장추가특약에 따라 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신후 보장추가특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이

보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제4조 (갱신보장추가특약의 보장개시)

제2조(갱신전 보장추가특약의 갱신 및 갱신후 보장추가특약의 적용)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우, 갱신후 보장추가특약의 보장개시는 갱신일 당일부터 개시됩니다.

제5조 (준용규정)

이 특약에서 정하진 아니한 사항은 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관 및 갱신후 보장추가특약을 따릅니다.

27. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조 (적용대상)

이 특별약관(이하 “특약”)은 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다. (이하 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사” 라 합니다)
- ② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제3조 (지정대리청구인의 지정)

보험계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각호의 1에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정(제4조에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호의 1에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자(보험대상자)와 동거하거나 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이 하고 있는 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자(보험대상자)와 동거하거나 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이 하고 있는 피보험자(보험대상자)의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조 (지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 보험증권(보험가입증서)
3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에

는 본인의 인감증명서 포함)

제5조 (보험금 지급 등의 절차)

- ① 지정대리청구인은 제6조(보험금 청구시 구비서류)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조 (보험금 등 청구시 구비서류)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자의 인감증명서
5. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
6. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 아니한 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

28. 특별조건부인수 특별약관

제1조 (특약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다.)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 우리회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자의 청약과 우리회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 특별약관은 “특약”, 우리회사는 “회사”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다.)
- ② 이 특약의 효력발생일은 일반상해 사망후유장해 보장 특별약관 제5조(회사의 보장의 시기 및 중기)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ④ 특약에서 정한 보장 개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각호의 경우에는 계약을 무효로 하지 아니합니다.
 1. 이 특약 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
 2. 이 특약 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조 (특별면책조건의 내용)

- ① 보험계약에 이 특약을 부가할 때 피보험자의 건강상태에 따라서 제2항 제1호의 조건을 부가(1종을 말합니다.)하거나 제2항 제1호 및 제2호의 조건을 부가(2종을 말합니다.)합니다.
- ② 이 특약에서 정한 면책기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 아니합니다. 다만, 질병으로 인한 사망 또는 장해분류표([별표1] 참조)에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그러하지 아니합니다.
 1. [별표18]“특정부위 분류표” 중에서 회사가 지정한 부위(이하 “특정부위”라 합니다.)에 발생한 질병 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 아니합니다.)
 2. [별표19]“특정질병 분류표” 중에서 회사가 지정한 질병(이하 “특정질병”이라 합니다.)
- ③ 제2항의 면책기간은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 “1년부터 5년” 또는 “보험계약의 보험기간”으로 하며 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.

- ④ 제2항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
1. 제2항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 2. 제2항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인하여 발생한 특정질병 이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
- ⑤ 피보험자가 회사에서 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정질병 또는 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.
- ⑦ 제2항의 특정부위와 특정질병은 각각 2개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 보통약관에 부가된 특약의 규정을 따릅니다.

29. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관

제1조 (특약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약(보험약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다.)을 체결할 때 피보험자가 이륜자동차의 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리로 인하여, 이륜자동차 운전으로 인한 위험도가 우리회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자의 청약과 우리회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 특별약관은 “특약”, 보험계약자는 “계약자”, 우리회사는 “회사”라 합니다.)
- ② 이 특약의 효력발생일은 일반상해 사망후유장해 보장 특별약관 제5조(회사의 보장의 시기 및 종기)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다.)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에서 “이륜자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차[1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 2륜의 자동차(2륜인 자동차에 1륜의 측차를 붙인 것과 배기량 125cc 이하로서 3륜 이상인 자동차를 포함합니다.)]와 배기량이 50cc 미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59킬로와트 미만)인 이륜자동차를 말합니다.
- ③ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.
- ④ 제1항에서 “자동차를 운전중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제3조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약의 부

활(효력회복)을 취급합니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 보통약관에 부가된 특약의 규정을 따릅니다.

30. 보험료 자동납입 특별약관

제1조 (보험료의 납입)

- ① 계약자는 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다.)에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다.) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입합니다.
- ② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에는 회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다.)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제1조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조 (보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조 (계약후 알릴의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특약을 따릅니다.

31. 신용카드이용 보험료납입 특별약관

제1조 (적용범위)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다.)은 신용카드회사(이하 “카드회사”라 합니다.)의 카드회원을 계약자로 하여 보험료를 납입하는 경우나 카드회사의 카드회원인 계약자가 회사와 보험대리점 계약을 체결한 신용카드 법인대리점을 통하여 보험료를 자동납입하는 경우에 적용합니다.

제2조 (보험료의 영수)

회사는 이 특약에 따라 계약자가 정해진 신용카드로써 보험료를 결제하기 위하여 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 보험료의 영수시점으로 봅니다.(다만, 계약자의 귀책사유로 카드승인이 불가능한 경우에는 실제 카드회사의 승인을 받은 날을 보험료의 영수시점으로 봅니다.)

제3조 (사고카드 계약)

- ① 계약자가 사고카드를 이용하여 계약을 체결하였을 경우 이 계약은 보장개시일로부터 그 효력을 상실합니다.
- ② 제1항에서 “사고카드”라 함은 유효기간이 경과한 카드, 위조·변조된 카드, 무효 또는 거래정지 통보를 받은 카드, 카드상에 기재되어 있는 회원과 이용자가 서로 다른 카드를 말합니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(HI0908) 보통약관 및 해당 특약을 따릅니다.

32. 전자거래 특별약관

제1조 (적용범위)

회사는 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다.)에 따라 컴퓨터를 이용하여 보험을 거래할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(이하 “사이버몰”이라 합니다.)을 이용하여 계약이 체결되는 경우에 적용합니다.

제2조 (청약서 부분 및 보험약관의 교부)

- ① 회사는 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제4조(약관교부 및 설명의무 등) 제1항에도 불구하고 컴퓨터를 이용하여 사이버몰에 게시된 청약서, 보험약관 전부 및 보험약관의 중요내용에 모두 동의한 경우에는 청약서 및 보험약관 교부와 보험약관 중요내용을 알려드린 것으로 간주합니다.
- ② 회사가 제1항을 위반한 때에는 계약자는 계약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료에 이 보험의 보험계약대출이율로 계산한 이자를 더하여 드립니다.

제3조 (전자서명의 효력)

회사는 보통약관 제4조(약관교부 및 설명의무 등) 제1항에도 불구하고 사이버몰에서 계약의 청약과 관련하여 계약자 등이 청약서에 전자거래기본법 제16조의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 한 경우 그 전자서명을 계약자 등이 직접 서명날인한 것으로 봅니다.

제4조 (보험료의 납입)

- ① 이 특약에 의한 보험료의 납입은 은행(우체국을 포함합니다.)을 이용한 자동납입이나 신용카드(이하 “신용카드”라 합니다.)를 이용한 납입에 한합니다.
- ② 자동납입의 경우에는 자동이체신청을 받은 날을, 신용카드를 이용한 납입의 경우에는 신용카드 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 보험료의 영수시점으로 봅니다. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 실제 보험료가 이체된 날과 카드회사의 승인을 받은 날을 보험료의 영수시점으로 봅니다.
- ③ 계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.
- ④ 계약자가 사고카드를 이용하여 계약을 체결하였을 경우 이 계약은 보험자의 보장개시일로부터 그

효력을 상실합니다.

- ⑤ 제4항에서 “사고카드”라 함은 유효기간이 경과한 카드, 위조·변조된 카드, 무효 또는 거래정지 통보를 받은 카드, 카드상에 기재되어 있는 회원과 이용자가 서로 다른 카드를 말합니다.

제5조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

[별표1]

장해분류표

제1장 총칙

1. 장해의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 기타

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

제2장 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
- “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- “심한 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 어음향방사검사” 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장애판정기준

- “코의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 평가기준

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

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

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

라. 약간의 추상(추한 모습)

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

마. 손바닥 크기

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

1/4 크기는 12㎢), 6세 미만의 경우는 4×6㎢(1/2 크기는 12㎢, 1/4 크기는 6㎢)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

회 이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우

10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)

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

11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)

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

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

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
- 5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장애 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.
 - 가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
 - ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
 - 나) “심한 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
 - 다) “뚜렷한 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 라) “약간의 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- 7) “가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 요골과 척골중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 1상지(팔과 손가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 팔의 3대 관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) “다리”라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
- 4) “다리의 3대 관절”이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
- 5) “한 다리의 발목 이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 다리의 관절기능 장애 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장해부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.
 - 가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
 - ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
 - 나) “심한 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
다) “뚜렷한 장애”라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

라) “약간의 장애”라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

- 7) "가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) "가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다.

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

다. 지급률의 결정

- 1) 1하지(다리와 발가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 다리의 3대 관절 중 1관절에 기능장애가 생기고 다른 1관절에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장애판정기준

- 1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(Hi0908) 약관

지관절이라 한다.

- 2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 3) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
- 4) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
- 5) “손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 6) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 더한다.

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 판정기준

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

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

1) 신경계

- ① “신경계에 장애를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 “[붙임] 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- ② 위 ①의 경우 “[붙임] 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- ③ 신경계의 장애로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다.
그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기 간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장애 평가를 유보한다.
- ⑤ 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- ① 상기 정신행동장애 지급률에 미치지 않는 장애에 대해서는 “[붙임] 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
- ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장애는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 아니한다.
- ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
- ④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
- ⑤ 평가의 객관적 근거

㉔ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.

㉕ 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 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

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

⑧ 정신 및 행동장애의 경우 간병인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 간병의 내용에서는 생명유지를 위한 간병과 행동감시를 위한 간병을 구별하여야 한다.

3) 치매

① “치매”라 함은

- 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
- 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장애에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

② 치매의 장애평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 간질

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

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

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

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

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

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

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동 동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 밖을 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	<ul style="list-style-type: none"> - 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변 배뇨	<ul style="list-style-type: none"> - 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤통리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)
목욕	<ul style="list-style-type: none"> - 다른 사람의 지속적인 도움없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 다른 사람의 지속적인 도움없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 지속적인 도움없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

[별표2]

중대한 특정상해 분류표

약관에서 규정하는 중대한 특정상해로 분류되는 상병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

구분	대상이 되는 상병	분류번호
뇌손상	머리내 손상	S06
내장손상	심장의 손상	S26
	기타 및 상세불명의 가슴내 장기의 손상	S27
	복부내 기관의 손상	S36
	비뇨기 및 골반 장기의 손상	S37

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

골절(치아파절제외) 분류표

약관에서 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절 (치아의 파절 및 파절치 제외)	S02 (S02.5제외)
2. 머리의 압착손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
6. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
10. 넓적다리뼈의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 다발성 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
15. 상세불명 부위의 팔골절	T10
16. 상세불명 부위의 다리골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표4]

화상 분류표

약관에서 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상이 되는 상병	분류기호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	
2. 몸통의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T20
3. 손목 및 손을 제외한 어깨 및 팔의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T21
4. 손목 및 손의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T22
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T23
6. 발목 및 발의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T24
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T25
8. 호흡기도의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T26
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T27
10. 다발성 신체부위의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T28
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T29
12. 포함된 신체 표면의 정도에 따라 분류된 화상	T30
13. 포함된 신체 표면의 정도에 따라 분류된 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T31
14. 방사선과 관련된 피부 및 피부밑조직의 기타장애	T32
	L59

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표5]

질병 분류표

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
I. 특정 감염성 및 기생충성 질환	A00-B99
II. 신생물	C00-D48
III. 혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애	D50-D89
IV. 내분비, 영양 및 대사질환	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
X I. 소화기계통의 질환	K00-K93
X II. 피부 및 피부밑조직의 질환	L00-L99
X III. 근육골격계통 및 결합조직의 질환	M00-M99
X IV. 비뇨생식기계통의 질환	N00-N99
X V. 임신, 출산 및 산후기	O00-O99
X VI. 출생전후기에 기원한 특정병태	P00-P96
X VIII. 달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견	R00-R99

제6차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 규정하는 질병에 해당하는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

질병 특정고도장해 판정기준

질병 특정고도장해는 다음에 적은 장해상태를 말합니다. 각 장해상태의 세부 판정기준, 판정시기, 장해 진단전문의 및 장해진단기관의 기준에 관하여는 보건복지부의 「장애등급판정기준」을 따릅니다.

1. 팔·다리의 절단장해

- (1) 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 다른 모든 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
- (2) 한 팔을 팔꿈치관절 이상 부위에서 잃은 경우
- (3) 두 다리를 발목관절 이상 부위에서 잃은 경우

2. 팔·다리의 기능장해

- (1) 두 손의 모든 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 경우
 - (2) 두 손의 모든 손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
 - (3) 한 팔을 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 경우
 - (4) 한 팔의 모든 3대관절의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
 - (5) 두 팔을 마비로 각각 겨우 움직일 수 있는 경우
 - (6) 두 팔 각각의 3대관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
 - (7) 두 팔의 모든 3대관절의 운동범위가 각각 50%이상 감소된 경우
 - (8) 두 다리를 마비로 각각 겨우 움직일 수 있는 경우
 - (9) 두 다리 각각의 3대관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
 - (10) 두 다리의 모든 3대관절의 운동범위가 각각 50%이상 감소된 경우
- ※ 마비에 의한 팔·다리의 기능장해는 주로 말초신경계의 손상이나 근육병증 등으로 운동기능 장해가 있는 경우로서 감각손실은 포함하지 아니합니다.
- ※ 관절총운동범위란 해당 관절들의 평균 운동범위를 말합니다.
- ※ 팔의 3대관절은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절을 말합니다.
- ※ 다리의 3대관절은 고관절, 무릎관절, 발목관절을 말합니다.

3. 척추의 기능장해

- (1) 척추의 병변으로 척추가 완전강직되어 앉은 자세를 10분 이상 유지하기 어려운 경우
- ※ 척추의 기능장해는 척추부 단순 X-선 촬영 또는 CT나 MRI에 의한 객관적인 검사소견(척추의 유합 및 금속물의 삽입 등)과 완전강직(척추가 한 위치에서 완전히 고정)이 있어야 하며, 디스크 등 통증이 주된 증상인 경우 및 척추의 완전강직이 통증에 의한 경우는 척추의 기능장해로 판정할 수 없습니다.

4. 뇌병변장애

- (1) 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 평지에서 50m이상 보행이 어려운 경우, 고르지 못한 바닥이나 언덕길을 걷는 것이 매우 어려운 경우 또는 손잡이를 잡고도 계단 오르내리기가 겨우 가능한 경우
- (2) 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 식사, 세면 및 양치질, 용변처리 등을 어느 정도 할 수 있으나 목욕, 물이 들어 있는 컵을 손으로 흘리지 아니하고 옮기는 일 또는 선반에 물건을 올리는 일 등은 거의 할 수 없는 경우
- (3) 아래 7.의 (3)뇌병변장애의 ①과 ②에 동시에 해당되는 경우

5. 시각장애

- (1) 좋은 눈의 시력이 0.04이하인 경우
※ 시력은 안경, 콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정법을 이용하여 측정된 교정시력을 기준으로 합니다.
※ 시력은 만국식시력표 등 공인된 시력표에 의해 측정된 것을 사용할 수 있습니다.

6. 청각장애

- (1) 두 귀의 청력 손실이 각각 90데시벨 이상인 경우
※ 평형기능 이상의 판정은 전정기관 이상의 객관적 징후가 반드시 확인되어야 합니다.

7. 서로 다른 신체부위에 각각 장애가 발생되어 아래의 장애 중 2가지 이상에 해당되는 경우 (단, 뇌병변장애가 팔·다리의 절단장애 또는 팔·다리의 기능장애와 동반된 경우에는 하나의 장애로 봅니다.)

(1) 팔·다리의 절단장애

- ① 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 둘째손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
- ② 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 다른 모든 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
- ③ 두 다리를 쇼파관절 이상 부위에서 잃은 경우
- ④ 한 다리를 무릎관절 이상 부위에서 잃은 경우

(2) 팔·다리의 기능장애

- ① 한 손의 모든 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 경우
- ② 한 손의 모든 손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
- ③ 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 각각 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 경우
- ④ 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 경우
- ⑤ 한 팔을 마비로 겨우 움직일 수 있는 경우
- ⑥ 한 팔의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
- ⑦ 한 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 경우
- ⑧ 두 팔을 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 경우
- ⑨ 두 팔 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 경우
- ⑩ 두 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25%이상 50%미만 감소된 경우

- ⑪ 한 다리를 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 경우
- ⑫ 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
- ※ 마비에 의한 팔·다리의 기능장애는 주로 말초신경계의 손상이나 근육병증 등으로 운동기능장애가 있는 경우로서 감각손실은 포함하지 아니합니다.
- ※ 관절총운동범위란 해당 관절들의 평균 운동범위를 말합니다.
- ※ 팔의 3대관절은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절을 말합니다.
- ※ 다리의 3대관절은 고관절, 무릎관절, 발목관절을 말합니다.

(3) 뇌병변장애

- ① 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 평지에서 100m이상 보행이 어려운 경우, 고르지 못한 바닥이나 언덕길을 걷는 것이 어려운 경우 또는 계단을 오르내리기 가 매우 어려운 경우
- ② 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 식사, 세면 및 양치질, 용변처리를 하는데 다소의 어려움은 있으며 목욕, 물이 들어 있는 컵을 손으로 흘리지 아니하고 옮기는 일, 선반에 물건을 올리는 일 등이 매우 어려운 경우
- ③ 아래 8.의 (3)뇌병변장애의 ①과 ②에 동시에 해당되는 경우

(4) 시각장애

- ① 좋은 눈의 시력이 0.08이하인 경우
- ② 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 5도 이하로 남은 경우
- ※ 시력은 안경, 콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정법을 이용하여 측정된 교정시력을 기준으로 합니다.
- ※ 시력은 만국식시력표 등 공인된 시력표에 의해 측정된 것을 사용할 수 있습니다.

(5) 청각장애

- ① 두 귀의 청력 손실이 각각 80데시벨 이상인 경우
- ② 양측 평형기능의 소실이 있으며 두 눈을 감고 일어서기가 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸다가 쓰러지고 일상에서 자신을 돌보는 일 외에는 타인의 도움이 필요한 경우
- ※ 평형기능 이상의 판정은 전정기관 이상의 객관적 징후가 반드시 확인되어야 합니다.

(6) 언어장애

- ① 발성이 불가능하거나 특수한 방법(식도발성, 인공후두기)으로 간단한 대화가 가능한 음성장애
- ② 말의 흐름이 97%이상 방해를 받는 말더듬
- ③ 자음정확도가 30%미만인 조음장애
- ④ 의미 있는 말을 거의 못하는 표현언어지수가 25미만인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우
- ⑤ 간단한 말이나 질문도 거의 이해하지 못하는 수용언어지수가 25미만인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우
- ※ 말더듬, 조음 및 언어장애는 객관적인 검사를 통하여 판정되어야 합니다.

8. 서로 다른 신체부위에 각각 장애가 발생되어 위 7.의 장애 중 1가지 이상에 반드시 해당되고 아래의 장애 중 1가지 이상에 해당되는 경우 (단, 뇌병변장애가 팔·다리의 절단장애 또는 팔·다리의 기능장애와 동반된 경우에는 하나의 장애로 봅니다.)

(1) 팔·다리의 절단장애

- ① 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃은 경우
- ② 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 둘째손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
- ③ 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 2개의 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
- ④ 두 다리를 리스프랑관절 이상 부위에서 잃은 경우
- ⑤ 한 다리를 발목관절 이상 부위에서 잃은 경우

(2) 팔·다리의 기능장애

- ① 두 손의 엄지손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 경우
 - ② 두 손의 엄지손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
 - ③ 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 경우
 - ④ 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
 - ⑤ 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개의 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 경우
 - ⑥ 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
 - ⑦ 한 손의 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 경우
 - ⑧ 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 4개 손가락의 관절총운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 경우
 - ⑨ 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절 또는 손목관절 중 한 관절의 운동범위가 75%이상 감소한 경우
 - ⑩ 한 다리를 마비로 겨우 움직일 수 있는 경우
 - ⑪ 한 다리의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
 - ⑫ 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 경우
 - ⑬ 한 다리의 고관절 또는 무릎관절이 완전강직 되었거나 운동범위가 90%이상 감소된 경우
- ※ 마비에 의한 팔·다리의 기능장애는 주로 말초신경계의 손상이나 근육병증 등으로 운동기능장애가 있는 경우로서 감각손실은 포함하지 아니합니다.
- ※ 관절총운동범위란 해당 관절들의 평균 운동범위를 말합니다.
- ※ 팔의 3대관절은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절을 말합니다.
- ※ 다리의 3대관절은 고관절, 무릎관절, 발목관절을 말합니다.

(3) 뇌병변장애

- ① 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 평지에서 근거리 보행만이 가능하고 고르지 못한 바닥이나 언덕길에서 파행이 뚜렷하고 안전성이 없어 넘어지기가 쉬우며 계단 오르내리기가 어려운 경우
- ② 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 그릇을 씻거나 돈을 세는 일, 주머니 또는 지갑에서 동전을 꺼내는 일, 비교적 굵은 끈을 매는 일, 양복 단추를 끼우는 일 등 주로 손을 사용하는 일을 수행하는데 매우 어려움이 있는 경우
- ③ 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 아래 ㉠과 ㉡에 동시에 해당되는 경우
 - ㉠ 고르지 못한 바닥이나 언덕길을 걸을 때 파행이 뚜렷하며 계단 오르내리기에 안정성이 떨어져 넘어지기가 쉬운 경우
 - ㉡ 그릇을 씻거나 돈을 세는 일, 주머니 또는 지갑에서 동전을 꺼내는 일, 비교적 굵은 끈을 매는 일, 양복 단추를 끼우는 일 등 주로 손을 사용하는 일을 수행하는데 상당히 어려움이 있는 경우

(4) 시각장애

- ① 좋은 눈의 시력이 0.1이하인 경우
- ② 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 경우
 - ※ 시력은 안경, 콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정법을 이용하여 측정된 교정시력을 기준으로 합니다.
 - ※ 시력은 만국식시력표 등 공인된 시력표에 의해 측정된 것을 사용할 수 있습니다.

(5) 청각장애

- ① 두 귀의 청력 손실이 각각 70데시벨 이상인 경우
- ② 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최대의 명료도가 50퍼센트 이하인 경우
- ③ 양측 평형기능의 소실이나 감소가 있으며 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하고 일상에서 자신을 돌보는 일과 간단한 보행이나 활동만 가능한 경우
 - ※ 평형기능 이상의 판정은 전정기관 이상의 객관적 징후가 반드시 확인되어야 합니다.

(6) 언어장애

- ① 발성(음도, 강도, 음질)이 부분적으로 가능한 음성장애
- ② 말의 흐름이 방해받는 말더듬 (아동 41-96%, 성인 24-96%)
- ③ 자음정확도 30-75%정도의 부정확한 말을 사용하는 조음장애
- ④ 매우 제한된 표현만을 할 수 있는 표현언어지수가 25-65인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우
- ⑤ 매우 제한된 이해만을 할 수 있는 수용언어지수가 25-65인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우
 - ※ 말더듬, 조음 및 언어장애는 객관적인 검사를 통하여 판정되어야 합니다.

[별표7]

악성신생물(암) 분류표

약관에서 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제 2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술,구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물(암)	C30-C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40-C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물(암)	C43-C44
6. 종피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물(암)	C69-C72
12. 갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물(암)	C73-C75
13. 불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80
14. 림프, 조절 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81-C96
15. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물(암)	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식성 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
20. 림프종 모양 구진증	L41.2

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표8]

상피내의 신생물 분류표

약관에서 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 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 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

제6차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표9]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에서 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 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 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
1.6.1. 9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	1.6.7. D47.0
1.6.2. 10. 단클론성 감마병증	1.6.8. D47.2
1.6.3. 11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	1.6.9. D47.7
1.6.4. 12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의	1.6.10.
1.6.5. 신생물	1.6.11. D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	1.6.12.
1.6.6. 14. 달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포 조직구증	D48
	1.6.13. D76.0

제6차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표10]

뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표11]

급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제 2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

일상생활동작 장애 분류표

1. 보행을 스스로 할 수 없음
<ul style="list-style-type: none"> ① 두손 두발로 기거나, 무릎 또는 엉덩이를 바닥에 붙이지 않으면 이동 할 수 없다. ② 혼자서는 뒤집지 못하거나 침대위에서 조금 밖에 이동할 수 없다. ③ 혼자서는 전혀 이동할 수 없다.
2. 음식물 섭취를 스스로 할 수 없음
<ul style="list-style-type: none"> ① 혼자서는 식사도구를 사용하여 식사할 수 없다. ② 혼자서는 전혀 식사할 수 없다. (신체의 장애에 의해 요양 중이어서 입을 통한 영양 섭취 및 식사가 불가능하여 혈관 또는 신체에 튜브를 통해 수액제를 삽입하거나 유동식으로 영양공급이 한정되어 있는 상태를 포함함)
3. 대소변의 배설후 뒷처리를 스스로 할 수 없음
<ul style="list-style-type: none"> ① 혼자서는 배변을 닦아내는 것이 불가능하다. ② 혼자서는 배변을 위해 앉아 있는 자세를 취할 수 없다. ③ 잦은 실금(失禁)으로 인하여 기저귀 또는 특수용기를 사용하고 있다. ④ 치료를 위한 절대안정으로 침상에서 특수용기를 사용하여 배설행위를 해야 한다.
4. 목욕을 스스로 할 수 없음
<ul style="list-style-type: none"> ① 혼자서는 몸을 씻거나 닦거나 할 수 없다. ② 혼자서는 욕조에 출입을 할 수 없다. ③ 혼자서는 전혀 목욕을 할 수 없다.
5. 의복을 입고 벗는 일을 스스로 할 수 없음
<ul style="list-style-type: none"> ① 혼자서는 옷을 입거나 벗을 수 없다.

중증치매 분류표

“중증치매로 진단확정되다.”는 것은 다음의 1.과 2.에 모두 해당되는 “중증치매”임을 의사의 자격을 가진 자에 의해서 진단확정 받는 경우를 말합니다.

1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 1.에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

여기에서 “중증치매”란 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 알쯔하이머병에서의 치매	F00
2. 혈관성 치매	F01
3. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
4. 상세불명의 치매	F03
5. 치매에 병발된 섬망	F05.1

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 규정하는 중증치매에 해당되는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표14]

문제행동 분류표

1. 배회한다. 또는 길을 잃는다.
2. 과식, 거식 또는 이식(異食, 음식물이 아닌 종류를 섭취)을 한다.
3. 장소에 가리지 않고 배설을 한다. 또는 신체의 배설물을 묻히거나 만지는 등의 불결한 행위를 한다.
4. 폭력행위 또는 파괴행위를 한다.
5. 흥분해서 소동을 피운다.
6. 불단속을 제대로 하지 못한다.
7. 물건을 훔친다. 또는 마구 물건을 모은다.

[별표15]

개호유발 특정질병 분류표

약관에 규정하는 개호유발 특정질병으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구 분	대상이 되는 질병	분류번호
중추신경계통의 비정형 바이러스감염	· 크로이츠펔트-야콥병	A81.0
기타 명시된 내분비 장애	· 조로증	E34.8
신경계통의 질환	· 헌팅톤병 · 조기발병 소뇌성 운동실조 · 만기발병 소뇌성 운동실조 · 운동신경원 병 · 파킨슨병 · 알츠하이머병 · 중증 근육무력증 · 다발계통 변성	G10 G11.1 G11.2 G12.2 G20 G30 G70.0 G90.3
뇌출혈	· 거미막밑 출혈 · 뇌내출혈 · 기타 비외상성 머리내 출혈	I60 I61 I62
동맥 및 소동맥 질환	· 죽상경화증	I70
기타 폐질환	· 기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
류마티스 관절염	· 혈청검사 양성인 류마티스 관절염 · 기타 류마티스 관절염	M05 M06
관절증	· 엉덩관절증 · 무릎관절증	M16 M17
척추병증	· 척추 협착 · 기타 명시된 척추병증	M48.0 M48.8
골다공증	· 병적 골절을 동반한 골다공증	M80

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표16]

비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련 질환 분류표

약관에서 규정하는 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련 질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 비뇨기계통의 기타 장애	N39
2. 치질	I84
3. 항문 및 직장부의 열구 및 셋길(누공)	K60
4. 항문 및 직장부의 고름집(농양)	K61
5. 항문 및 직장의 기타 질환	K62

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표17]

질병입원/통원의료비에서 보상하지 아니하는 질병 분류표

약관에 규정하는 질병입원/통원의료비에서 보상하지 아니하는 질병으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 주로 성행위로 전파되는 감염 (A50~A64) - 선천성 매독 - 조기 매독 - 만기 매독 - 기타 및 상세불명의 매독 - 임균성 감염 - 클라미디아 림프육아종(성병성) - 기타 성행위로 전파되는 클라미디아성 질환 - 무른게양(연성하감) - 살(서해)육아종 - 편모충증 - 항문성기의 헤르페스바이러스[단순 헤르페스] 감염 - 달리 분류되지 않은 주로 성행위로 전파되는 기타 질환 - 상세불명의 성행위로 전파되는 질환	A50 A51 A52 A53 A54 A55 A56 A57 A58 A59 A60 A63 A64
2. 정신 및 행동장애 (F00~F99) ※단, 치매(F00~F03)는 보상 - 증상성을 포함하는 기질성 정신 장애 - 정신활성 물질의 사용에 의한 정신 및 행동 장애 - 정신분열증, 분열형 및 망상성 장애 - 기분[정동] 장애 - 신경증적, 스트레스와 연관된, 신체형 장애 - 생리적 장애 및 신체적 요인들과 연관된 행동 증후군 - 성인 인격 및 행동 장애 - 정신 발육지체 - 정신 발달 장애 - 소아기 및 청소년기에 주로 발생하는 행동 및 정서 장애 - 상세불명의 정신 장애	F04~F09 F10~F19 F20~F29 F30~F39 F40~F48 F50~F59 F60~F69 F70~F79 F80~F89 F90~F98 F99
3. 치질, 비뇨기계장애 및 직장 또는 항문관련질환 - 치질 - 항문 및 직장부의 열구 및 셋길(누공) - 항문 및 직장부의 고름집(농양) - 항문 및 직장의 기타 질환 - 비뇨기계통의 기타 장애	I84 K60 K61 K62 N39

대상이 되는 질병	분류번호
4. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환 (K00~K08) <ul style="list-style-type: none"> - 치아의 발육 및 맹출(이돋이) 장애 K00 - 매몰치 및 매복치 K01 - 치아우식증 K02 - 치아경조직의 기타 질환 K03 - 치수 및 치근단주위 조직의 질환 K04 - 치은염(잇몸염) 및 치주 질환 K05 - 치은(잇몸) 및 무치성 치조융선(이틀융기)의 기타 장애 K06 - 치아안면이상[부정교합을 포함] K07 - 치아 및 지지구조의 기타 장애 K08 	
5. 임신, 출산 및 산후기 (O00~O99)	O00~O99
6. 뇌의 선천 기형 (Q00~Q04) <ul style="list-style-type: none"> - 뇌없음증(무뇌증) 및 유사 기형 Q00 - 뇌류 Q01 - 소두증 Q02 - 선천 수두증 Q03 - 뇌의 기타 선천 기형 Q04 	
7. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과 (S00~T98)	S00~T98

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

특정부위 분류표

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

[별표19]

특정질병 분류표

약관에서 규정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제 2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구 분	대 상 질 병	분류번호
1	심장질환	I00 ~ I02 I05 ~ I09 I20 ~ I25 I26 ~ I28 I30 ~ I52
2	뇌혈관질환	I60 ~ I69
3	당뇨병	E10 ~ E14
4	고혈압	I10 ~ I14
5	결핵	A15 ~ A19, B90
6	담석증	K80
7	요로결석증	N20, N21, N23

제6차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 약관에서 정하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.