

한화생명 평생동행 종신보험 2201

무배당[보증비용부과형]

보험약관 가이드북

한화생명

평생동행 종신보험2201

무배당[보증비용부과형]

주계약 약관

특약(특별약관)

부록

약관목차

보험약관 가이드북

I. 약관 이용 안내	10
II. 약관 요약서	17
III. 보험계약 일반사항	24

한화생명 평생동행 종신보험2201 무배당[보증비용부과형](해지환급금 보증)
주계약 약관 [보장형 계약, 적립형 계약, 스마트전환형 계약, 스마트치매전환형 계약]

제1관	제1조 목적	29
목적 및 용어의 정의	제2조 용어의 정의	29

제2관	제3조 '경도치매상태', '중등도치매상태' 및 '중증치매상태'의 정의 및 최종 진단 확정	36
보험금의 지급	제4조 한국표준질병·사인분류 적용 기준	37
	제5조 보험금의 지급사유	38
	제6조 보험금 지급에 관한 세부규정	38
	제7조 스마트치매전환형 계약의 보험금 지급에 관한 세부규정	40
	제8조 보험금을 지급하지 않는 사유	41
	제9조 장기유지보너스에 관한 사항	41
	제10조 납입완료보너스에 관한 사항	42
	제11조 보험금 지급사유의 발생통지	42
	제12조 보험금 등의 청구	42
	제13조 보험금 등의 지급절차	43
	제14조 보험금 받는 방법의 변경	43
	제15조 주소변경통지	44
	제16조 보험수익자의 지정	44
	제17조 대표자의 지정	44

제3관	제18조 계약 전 알릴 의무	44
계약자의 계약 전	제19조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과	44
알릴 의무 등	제20조 사기에 의한 계약	45

제4관	제21조 보험계약의 성립	45
보험계약의	제22조 청약의 철회	46
성립과 유지	제23조 약관교부 및 설명의무 등	46
	제24조 계약의 무효	47
	제25조 계약내용의 변경 등	48

	제26조 보험나이	49
	제27조 계약의 소멸	50
제5관	제28조 제1회 보험료 및 회사의 보장개시	50
보험료의 납입	제29조 제2회 이후 보험료의 납입	50
	제30조 보장형 계약의 보험료의 자동대출납입	51
	제31조 월공제액 및 월대체보험료의 공제	52
	제32조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지	52
	제33조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)	53
	제34조 강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)	53
제6관	제35조 적립형 계약 전환 신청 및 취소	54
적립형 계약 전환	제36조 적립형 계약 전환의 승낙 및 효력발생	54
제7관	제37조 스마트전환형 계약 전환 신청 및 취소	55
스마트전환형 계약 전환	제38조 스마트전환형 계약 전환의 승낙 및 효력발생	56
제8관	제39조 스마트치매전환형 계약 전환 신청 및 취소	56
스마트치매전환형 계약	제40조 스마트치매전환형 계약 전환의 승낙 및 효력발생	57
전환	제41조 스마트치매전환형 계약의 전환전계약으로의 환원	57
제9관	제42조 '계약자의 임의해지' 및 '피보험자의 서면동의 철회권'	57
계약의 해지 및	제42조의2 위법계약의 해지	58
해지환급금 등	제43조 중대사유로 인한 해지	58
	제44조 회사의 파산선고와 해지	58
	제45조 공시이율의 적용 및 공시	58
	[보장형 계약, 적립형 계약 및 스마트전환형 계약에 한함]	
	제46조 해지환급금	59
	제47조 계약자적립금의 인출	60
	[보장형 계약, 적립형 계약 및 스마트전환형 계약에 한함]	
	제48조 보험계약대출	61
	제49조 배당금의 지급	61
제10관	제50조 분쟁의 조정	61
분쟁의 조정 등	제51조 관할법원	62

	제52조 소멸시효	62
	제53조 약관의 해석	62
	제54조 설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력	62
	제55조 회사의 손해배상책임	62
	제56조 개인정보보호	63
	제57조 준거법	63
	제58조 예금보험에 의한 지급보장	63
제11관	제59조 지정대리청구 적용대상	63
지정대리청구에	제60조 지정대리청구인의 지정	63
관한 사항	제61조 지정대리청구인의 변경 지정	63
[스마트치매전환형	제62조 지정대리청구인에 의한 보험금 지급의 절차	63
계약에 한함]	제63조 지정대리청구인에 의한 보험금 청구	64
제12관	제64조 특칙의 보험금의 지급사유	64
사망보험금	제65조 특칙의 보험금 지급에 관한 세부규정	64
연금선지급서비스특칙	제66조 특칙의 보험금의 청구	64
	제67조 특칙의 보험금의 지급절차	64
	제68조 특칙의 성립	64
	제69조 특칙의 보험수익자의 지정	65
	제70조 특칙내용의 변경	65
	제71조 특칙의 보험기간 중 주계약 계약내용의 변경	65
	제72조 특칙의 보험기간	65
	제73조 특칙의 소멸	65
	제74조 특칙의 보험료의 납입 및 회사의 보장개시	66
	제75조 주계약 약관의 준용	66
별표	[별표1] [보장형 계약] 보험금 지급기준표	67
	[별표2] [적립형 계약] 보험금 지급기준표	68
	[별표3] [스마트전환형 계약] 보험금 지급기준표	68
	[별표4] [스마트치매전환형 계약] 보험금 지급기준표	70
	[별표5] 사망보험금 연금선지급서비스특칙의 보험금 지급기준표	72
	[별표6] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	72
	[별표7] 사망보험금 연금선지급서비스특칙의 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	73
	[별표8] 장해분류표	74
	[별표9] 재해분류표	94

한화생명 평생동행 종신보험2201 무배당[보증비용부과형](해지환급금 미보증) 주계약 약관

제1관	제1조 목적	96
목적 및 용어의 정의	제2조 용어의 정의	96
제2관	제3조 한국표준질병·사인분류 적용 기준	99
보험금의 지급	제4조 보험금의 지급사유	99
	제5조 보험금 지급에 관한 세부규정	99
	제6조 보험금을 지급하지 않는 사유	100
	제7조 장기유지보너스에 관한 사항	101
	제8조 납입완료보너스에 관한 사항	101
	제9조 보험금 지급사유의 발생통지	101
	제10조 보험금의 청구	101
	제11조 보험금의 지급절차	102
	제12조 보험금 받는 방법의 변경	102
	제13조 주소변경통지	103
	제14조 보험수익자의 지정	103
	제15조 대표자의 지정	103
제3관	제16조 계약 전 알릴 의무	103
계약자의 계약 전	제17조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과	103
알릴 의무 등	제18조 사기에 의한 계약	104
제4관	제19조 보험계약의 성립	104
보험계약의	제20조 청약의 철회	105
성립과 유지	제21조 약관교부 및 설명의무 등	105
	제22조 계약의 무효	106
	제23조 계약내용의 변경 등	107
	제24조 보험나이	107
	제25조 계약의 소멸	108
제5관	제26조 제1회 보험료 및 회사의 보장개시	108
보험료의 납입	제27조 제2회 이후 보험료의 납입	108
	제28조 보험료의 자동대출납입	109
	제29조 월공제액의 공제	109
	제30조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지	109
	제31조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)	110
	제32조 강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)	110

제6관	제33조 '계약자의 임의해지' 및 '피보험자의 서면동의 철회권'	111
계약의 해지 및	제33조의2 위법계약의 해지	111
해지환급금 등	제34조 중대사유로 인한 해지	111
	제35조 회사의 파산선고와 해지	112
	제36조 공시이율의 적용 및 공시	112
	제37조 해지환급금	112
	제38조 계약자적립금의 인출	113
	제39조 보험계약대출	114
	제40조 배당금의 지급	114

제7관	제41조 분쟁의 조정	114
분쟁의 조정 등	제42조 관할법원	114
	제43조 소멸시효	114
	제44조 약관의 해석	115
	제45조 설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력	115
	제46조 회사의 손해배상책임	115
	제47조 개인정보보호	115
	제48조 준거법	115
	제49조 예금보험에 의한 지급보장	115

별표	[별표1] 보험금 지급기준표	116
	[별표2] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	117
	[별표3] 장해분류표	117
	[별표4] 재해분류표	118

한화생명 평생동행 종신보험2201 무배당[보증비용부과형] 특약(특별약관)

선택특약	13대질병수술보장특약(갱신형)(T3.4) 무배당[본인형, 배우자형] 약관	120
(가나다 순)	3대질병보험료납입지원특약(갱신형)(T2.3) 무배당	133
	[50%납입지원형, 100%납입지원형] 약관	
	3대질병보험료납입지원특약(비갱신형)(T2.3) 무배당	147
	[50%납입지원형, 100%납입지원형] 약관	
	간병인지원금특약(11-180일)(갱신형)(T1.1) 무배당 약관	160
	간병인지원금특약(1-180일)(갱신형)(T1.1) 무배당 약관	175
	간질환보장특약(갱신형)(T2.2) 무배당 약관	189
	간호·간병서비스지원금특약(1-180일)(갱신형)(T1.1) 무배당 약관	202
	계속받는소액암보장특약(갱신형)(T1.2) 무배당 약관	215
	계속받는일반암보장특약(갱신형)(T1.2) 무배당 약관	229
	고도장해보장특약(K10.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관	244
	교통재해사망특약(K12.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관	254

급성심근경색증진단특약(T3.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관	265
급여가정간호특약(갱신형)(T1.1) 무배당 약관	277
갑스치료(부목제외)특약(T2.2) 무배당 약관	290
뇌출혈 및 뇌경색증진단특약(갱신형)(T2.2) 무배당 약관	300
뇌출혈진단특약(T3.2) 무배당 [본인형, 배우자형] 약관	311
뇌혈관질환수술보장특약(갱신형)(T2.2) 무배당 약관	323
뇌혈관질환입원특약(갱신형)(T2.2) 무배당 약관	335
뇌혈관질환진단특약(갱신형)(T2.2) 무배당 약관	348
당뇨 및 합병증보장특약(갱신형)(T2.4) 무배당 약관	360
대상포진 및 통풍보장특약(갱신형)(T3.2) 무배당 약관	380
상급종합병원입원특약(갱신형)(T3.4) 무배당[본인형, 배우자형] 약관	393
성인특정질환입원특약(K14.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관	407
수술보장특약(갱신형)(T10.4) 무배당[본인형, 자녀형] 약관	425
시니어수술특약(갱신형)(T3.2) 무배당 약관	442
신장질환보장특약(갱신형)(T2.2) 무배당 약관	457
암직접치료통원특약(갱신형)(T3.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관	470
암진단특약(갱신형)(K10.3) 무배당[본인형, 배우자형] 약관	485
응급실내원특약(갱신형)(T5.2) 무배당 약관	500
장기요양간병자금특약(중등도이상)(갱신형) 무배당 약관	512
장기요양간병자금특약(중증)(갱신형) 무배당 약관	528
장기요양간병자금특약(초기경도이상)(갱신형) 무배당 약관	544
장기요양시설급여특약(중등도이상)(갱신형) 무배당 약관	560
장기요양시설급여특약(중증)(갱신형) 무배당 약관	574
장기요양재가급여특약(중등도이상)(갱신형) 무배당 약관	588
재해보장특약(T2.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관	603
재해수술추상골절특약(T13.2) 무배당[본인형, 부모형] 약관	618
정기사망보장특약(K13.2) 무배당[본인형, 배우자형, 부모형] 약관	633
주요성인질환입원특약(갱신형)(T2.2) 무배당 약관	643
중환자실입원특약(갱신형)(T3.4) 무배당[본인형, 배우자형] 약관	659
첫날부터 암직접치료입원특약(요양병원제외)(갱신형)(T3.2) 무배당 [본인형, 배우자형] 약관	672
첫날부터 요양병원암입원특약(갱신형)(T2.4) 무배당 [본인형, 배우자형] 약관	688
첫날부터입원특약(갱신형)(T8.4) 무배당[본인형, 배우자형, 자녀형] 약관	702
특정 뇌혈관질환진단특약(갱신형)(T2.2) 무배당 약관	713
특정 허혈성심장질환진단특약(갱신형)(T2.2) 무배당 약관	725
특정질환수술보장특약(갱신형)(T10.2) 무배당[본인형, 배우자형, 자녀형] 약관	737
표적항암약물허가치료특약(갱신형)(T2.2) 무배당 약관	757
항암방사선치료특약(T2.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관	779
항암방사선치료특약(갱신형)(T2.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관	792
항암방사선치료특약 II (T2.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관	805
항암방사선치료특약 II (갱신형)(T2.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관	818
항암약물치료특약(T2.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관	831
항암약물치료특약(갱신형)(T2.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관	844
항암약물치료특약 II (T2.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관	857
항암약물치료특약 II (갱신형)(T2.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관	870

	허혈성심장질환수술보장특약(갱신형)(T2.2) 무배당 약관	884
	허혈성심장질환입원특약(갱신형)(T2.2) 무배당 약관	896
	허혈성심장질환진단특약(갱신형)(T2.2) 무배당 약관	909
제도성특약	CI연금전환특약(K4.2) 무배당 약관	921
(가나다 순)	LTC연금전환특약(K2.6) 무배당 약관	937
	건강체서비스특약(K7.1) 무배당 약관	949
	계약분리특약(K1.2) 약관	952
	단체취급특약(K1.5) 약관	954
	사망보험금조기지급특약(K1.10) 약관	956
	선지급서비스특약(K3.5) 약관	959
	스마트연금전환특약(K2.4) 무배당 약관	964
	양육자금 전환특약(K4.1) 약관	971
	장애인전용 세제전환특약(K1.1) 약관	975
	중도부가서비스특약(K2.5) 약관	977
	지정대리청구서비스특약(K1.6) 약관	980
	특정 신체부위·질병 보장제한부 인수특약(K3.2) 약관	982
	표준하체인수특약(K3.4) 약관	991
부록	보험용어 해설	996
	약관에서 인용된 법령 내용	997

한화생명 평생동행 종신보험 2201 무배당[보증비용부과형]

I. 약관 이용 안내

보험약관의 개념과 구성, 사용법 등을
알기 쉽게 요약하여 안내합니다.

II. 약관 요약서

상품과 약관의 핵심내용과 유의사항을
보기 쉽게 이미지와 함께 설명합니다.

III. 보험계약 일반사항

보험계약의 취소, 알릴 의무 등 보험계약의
일반적인 내용을 알려 드립니다.



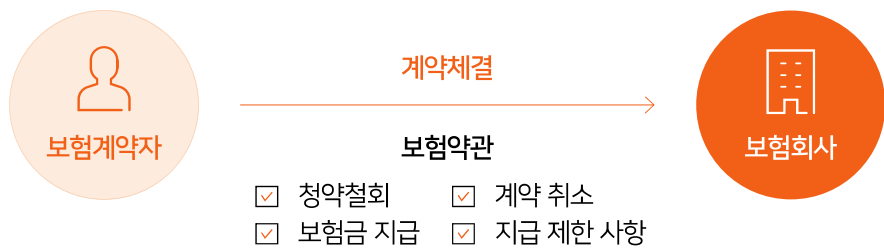
보험약관 가이드북에서는 약관을 쉽게 이용하는 방법과
보험계약의 주요내용, 유의사항 등을 쉽게 설명해 드립니다.

I. 약관 이용 안내

1. 보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용과 조건 등을 미리 정한 계약조항으로 보험계약자와 보험회사의 권리와 의무를 규정하고 있습니다.

특히, 청약철회, 계약취소, 보험금 지급 등 약관의 중요사항에 대한 설명이 들어 있으니 반드시 확인하시기 바랍니다.



2. 약관의 구성

 보험약관 가이드북	약관을 쉽게 이용하는 방법과 계약의 주요내용, 유의사항 등을 알기 쉽게 요약하여 안내해 드립니다.
 보험약관	주계약 약관 - 기본계약을 포함한 공통 사항에 대한 계약 내용입니다. 특약(특별약관) - 선택가입한 보장 등에 대한 계약 내용입니다.
 부록	어려운 보험용어와 관련 법규에 대해 안내해 드립니다.

3. 보다 쉬운 약관 활용 팁

약관의 핵심 내용을 확인할 수 있습니다.	약관의 주요 내용을 한눈에 쉽게 볼 수 있습니다.	보험계약의 일반적인 내용을 확인할 수 있습니다.
p.10 약관 이용 안내	p.17 약관 요약서	p.24 보험계약 일반사항
특약(특별약관)의 목차를 확인하고 싶습니다.	약관에서 인용한 법률조항과 규정을 알고 싶습니다.	약관 내용 중 어려운 보험용어를 설명해 드립니다.
p.6 특약 색인	p.997 관련법규	p.996 보험용어 해설

4. 상황별 목차 안내

(1) 해지환급금 보증형

계약의 체결	계약에서 쓰이는 용어를 알고 싶어요	제2조(용어의 정의)	p.29
	계약 전 알릴 의무는 무엇인가요	제18조(계약 전 알릴 의무) 제19조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)	p.44 p.44
	보장이 언제 시작되나요	제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	p.50
	청약을 철회하고 싶어요	제22조(청약의 철회)	p.46
	계약을 취소 할 수 있나요	제23조(약관교부 및 설명의무 등)	p. 46
	계약이 무효가 될 수 있나요	제24조(계약의 무효)	p.47
보험료의 납입	보험료 납입면제 사유를 알고 싶어요	제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)	p.38
	보험료 납입최고(독촉)이 무엇인가요	제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	p.52
	해지된 계약을 살리고 싶어요	제33조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	p.53
보험금의 지급	보험금을 받을 수 있는지 궁금해요	제5조(보험금의 지급사유), 제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)	p.38 p.41
	보험금은 언제 지급되나요	제12조(보험금 등의 청구), 제13조(보험금 등의 지급절차)	p.42 p.43

계약의 변경	보험수익자 또는 보험가입금액을 변경하고 싶어요	제25조(계약내용의 변경 등)	p.48
	주소 또는 연락처가 바뀌었어요	제15조(주소변경통지)	p.44
	보험금 받는 방법을 변경하고 싶어요	제14조(보험금 받는 방법의 변경)	p.43
	보험나이는 어떻게 계산하나요	제26조(보험나이)	p.49
보험계약 대출	가입한 보험으로 대출을 받을 수 있나요	제48조(보험계약대출)	p.61
계약의 해지	계약을 해지하고 싶어요	제42조('계약자의 임의해지' 및 '피보험자의 서면동의 철회권') 제42조의2(위법계약의 해지)	p.57 P.58
	해지환급금이 얼마인지 궁금합니다	제46조(해지환급금)	p.59

* 주계약(해지환급금 보증형) 기준 목차로 특약은 특약별 약관 내용을 확인하시기 바랍니다.

(2) 해지환급금 미보증형

계약의 체결	계약에서 쓰이는 용어를 알고 싶어요	제2조(용어의 정의)	p.96
	계약 전 알릴 의무는 무엇인가요	제16조(계약 전 알릴 의무) 제17조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)	p.103 p.103
	보장이 언제 시작되나요	제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	p.108
	청약을 철회하고 싶어요	제20조(청약의 철회)	p.105
	계약을 취소 할 수 있나요	제21조(약관교부 및 설명의무 등)	p.105
	계약이 무효가 될 수 있나요	제22조(계약의 무효)	p.106
보험료의 납입	보험료 납입면제 사유를 알고 싶어요	제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)	p.99
	보험료 납입최고(독촉)이 무엇인가요	제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	p.109
	해지된 계약을 살리고 싶어요	제31조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	p.110
보험금의 지급	보험금을 받을 수 있는지 궁금해요	제4조(보험금의 지급사유), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)	p.99 p.100
	보험금은 언제 지급되나요	제10조(보험금의 청구), 제11조(보험금의 지급절차)	p.101 p.102

계약의 변경	보험수익자 또는 보험가입금액을 변경하고 싶어요	제23조(계약내용의 변경 등)	p.107
	주소 또는 연락처가 바뀌었어요	제13조(주소변경통지)	p.103
	보험금 받는 방법을 변경하고 싶어요	제12조(보험금 받는 방법의 변경)	p.102
	보험나이는 어떻게 계산하나요	제24조(보험나이)	p.107
보험계약 대출	가입한 보험으로 대출을 받을 수 있나요	제39조(보험계약대출)	p.114
계약의 해지	계약을 해지하고 싶어요	제33조('계약자의 임의해지' 및 '피보험자의 서면동의 철회권')	p.111
		제33조의2(위법계약의 해지)	p.111
	해지환급금이 얼마인지 궁금합니다	제37조(해지환급금)	p.112

* 주계약(해지환급금 미보증형) 기준 목차로 특약은 특약별 약관 내용을 확인하시기 바랍니다.

5. 보험금 신청방법

STEP 1.
보험금 신청 전
서류를 준비해
주세요.

구비서류는 홈페이지(www.hanwhalife.com), 콜센터 또는 담당FP를 통해
확인하실 수 있습니다. 서류가 추가로 필요하거나 간소화 가능한 경우가 있으니,
보험금 청구 전에 제출서류를 확인하시기 바랍니다.

구분	사망	장해	진단	입원/통원/수술	실손
공통서류			청구서/신분증		
기타서류 (해당 시)	사망진단서	장해진단서	진단서, 진단사실 확인서류 (검사결과지 등)	진단서, 입 · 퇴원확인서, 수술확인서	진단서, 입 · 퇴원확인서, 수술확인서, 통원확인서

STEP 2.
상황별 보험금
신청 방법을
확인하세요.

가까운 지점·고객센터를 방문하거나, 담당 FP/우편/인터넷/모바일/FAX 등을
통하여 접수하실 수 있습니다. 인터넷/모바일/FAX 접수는 가능 금액 등 제한이
있을 수 있으니 청구 유형별로 세부내역을 확인하시기 바랍니다.

구분	사망	장해	진단	입원/통원/수술	실손
지점 · 고객센터 방문 / 우편	●	●	●	●	●
인터넷 모바일 / FAX				●	●

6. 보험금의 지급절차

보험금은 청구서류
접수일부터 3영업일
이내에 지급하는 것이
원칙입니다.

* 단, 보험금 지급사유의
조사·확인이 필요한
경우 10영업일이
소요될 수 있습니다.

구분	STEP 1 보험금 지급 접수	STEP 2 현장확인 여부 심사	STEP 3 현장 확인	STEP 4 지급여부 심사	STEP 5 심사결과 안내
심사가 불필요한 경우	●	→ ●			
현지실사가 불필요한 경우	●	→ ●	→ ●		
심사가 필요한 경우	●	→ ●	→ ●	→ ●	→ ●

7. 보험계약 관련 전달서류 안내

보험가입 시 전달서류



상품설명서



보험약관



계약자 보관용
청약서



운용설명서



보험증권

* 운용설명서는 변액보험 가입시에만 교부됩니다.

서류를 받지 못한 경우 연락주세요.

- 한화생명 콜센터 1588-6363
- 한화생명 담당FP

8. 기타 문의사항 안내 *스마트폰으로 QR코드를 스캔하시면 보다 자세한 설명을 보실 수 있습니다.



한화생명 홈페이지
www.hanwhalife.com



금융감독원 소비자정보 포털 fine.fss.or.kr
*보험상품 거래 단계별 필요한 금융꿀팁 또는 핵심정보 확인 가능



한화생명 콜센터
1588-6363



전국
고객센터

보험약관 핵심사항 관련 영상자료

1 보험금 지급 및 지급제한 사항		2 청약철회		3 계약취소	
4 계약무효		5 계약전 알릴의무 및 위반효과		6 계약후 알릴의무 및 위반효과	
7 보험료 연체 및 해지		8 부활(효력회복)		9 해지환급금	
10 보험계약 대출		11 보험금 지급절차		12 약관해설 동영상	

II. 약관 요약서

1. 보험계약의 개요

가입하신 보험상품의 보장내용과 특징을 확인해보세요.

한화생명 평생동행 종신보험2201 무배당 [보증비용부과형]

상품의 종류: 보장성·종신보험

(1) 상품의 주요특징

금리연동형

보험회사의 자산운용이익률,
시장금리 등에 따라
보험료적립금 적용이율이
변동되는 상품입니다.

예금자보호

예금자보호법에 따라
1인당 최고 5천만원까지
보장합니다.

보장성보험

사망, 질병,
상해 등의 위험을
보장하는 보장성
보험입니다.

무배당

계약자에게
배당을 하지 않는
상품입니다.

해지환급금 보증 (해지환급금 보증형 가입시)

최저해지환급금은
예정적립금에서 해지공제액을
차감한 금액으로 향후 공시이율에 관계없이
계약 해지 시 최저해지환급금을
보증해드립니다.

해지환급금 일부지급형

보험료 납입기간 중 계약이
해지될 경우 '표준형'의
해지환급금 대비 적은
해지환급금을 지급하는 대신
'표준형'보다 낮은 보험료로
가입할 수 있는 상품입니다.

※ '표준형'은 보험료 및 해지환급금(환급률 포함)의
비교 안내 등을 위한 상품으로 가입이 불가능합니다.

(2) 주요보장내용

한화생명 평생동행 종신보험2201 무배당[보증비용부과형]은 보험기간 동안 사망 위험을
보장하는 종신보험입니다.

※ 자세한 내용은 본 상품의 약관 및 상품설명서를 참고 바랍니다.

2. 소비자가 반드시 알아야 할 유의사항

(1) 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

이 보험에는 면책기간, 감액지급, 보장한도와 자기부담금 등 보험금 지급제한 조건이 부가되어 있습니다.
※ 자세한 내용 및 아래에 기재된 특약 이외의 부가특약의 내용은 본 상품의 약관 및 상품설명서를 참고 바랍니다.

면책기간



이 보험에는 '보험금이 지급되지 않는 기간'을 의미하는 [면책기간]이 적용되는 담보가 포함되어 있습니다.

구분	담보명	면책기간
암직접치료 통원특약(갱신형)	암직접치료 통원자금(암 또는 갑상선암)	가입 후 90일간 보장제외
암진단특약 (갱신형)	암진단자금	가입 후 90일간 보장제외
첫날부터 암직접치료입원특약 (요양병원제외) (갱신형)	암직접치료입원급여금(암 또는 갑상선암)	가입 후 90일간 보장제외
장기요양간병자금특약 (초기경도이상)(갱신형)	초기경도이상 장기요양상태 간병자금	가입 후 90일간 보장제외
장기요양간병자금특약 (중등도이상)(갱신형)	중등도이상 장기요양상태 간병자금	가입 후 90일간 보장제외
장기요양간병자금특약 (중증)(갱신형)	중증장기요양상태 간병자금	가입 후 90일간 보장제외
장기요양시설급여특약 (중등도이상)(갱신형)	중등도이상 장기요양 시설급여금	가입 후 90일간 보장제외
장기요양시설급여특약 (중증)(갱신형)	중증장기요양 시설급여금	가입 후 90일간 보장제외
장기요양재가급여특약 (중등도이상)(갱신형)	중등도이상 장기요양상태 재가지원금	방문 재가지원금 보호 재가지원금 가입 후 90일간 보장제외

[민원 사례]

A씨는 암보험 가입 후 2개월이 지나서 위암을 판정받아 보험회사에 암 진단비를 청구

▶ 보험회사는 보험가입 후 90일이 경과하지 않아 보험금 지급이 어려움을 안내

감액지급



이 보험에는 '일정기간동안 보험금의 일부만 지급'되는 [감액지급]이 적용되는 담보가 포함되어 있습니다.

구분	담보명	감액기간 및 비율
당뇨 및 합병증 보장특약 (갱신형)	당뇨병 진단자금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
	인슐린 치료자금	
	질병 실명 진단보험금	
	질병 발목 이상 족부절단보험금	
	당뇨관련 주요질환 입원급여금 및 수술자금	
뇌혈관질환 진단특약(갱신형)	뇌혈관질환 진단자금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
암진단특약 (갱신형)	진단자금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
	진단자금(유방암)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급 (유방암의 경우 180일간 10%)

* 감액기간은 보험계약일로부터 진단 확정일(진단자금의 경우에 해당하며, 진단자금 외 담보의 경우 본 상품의 약관 본문을 참고하시기 바랍니다)까지의 경과기간입니다.

보장한도



이 보험에는 '보험금의 지급 횟수 등의 한도'가 있는 [보장한도]가 적용되는 담보가 포함되어 있습니다.

구분	담보명	보장한도
고도장해보장특약	고도장해보험금	최초 1회에 한해 보장
허혈성심장질환 진단특약(갱신형)	허혈성심장질환 진단자금	최초 1회에 한해 보장
급여가정간호특약 (갱신형)	가정간호급여금	1일 1회한, 연간 20회를 한도로 보장
장기요양간병자금특약 (초기경도이상)(갱신형)	초기경도이상 장기요양상태 간병자금	180회 한도로 보장
장기요양간병자금특약 (중등도이상)(갱신형)	중등도이상 장기요양상태 간병자금	180회 한도로 보장
장기요양간병자금특약 (중증)(갱신형)	중증장기요양상태 간병자금	180회 한도로 보장
장기요양재가급여특약 (중등도이상)(갱신형)	중등도이상 장기요양상태 재가지원금	방문 재가지원금 월 1회에 한해 보장
		보호 재가지원금 월 1회에 한해 보장

[민원 사례]

A씨는 보험가입 후 뇌출혈 및 뇌경색증 진단을 받아 각각의 진단자금 청구

▶ 가입한 상품(특약)에서 뇌출혈과 뇌경색증을 각각 보장하는 것이 아니며 하나의 진단자금으로 보장하기 때문에 **최초 1회 진단에 한하여** 보장됨을 안내

[민원 사례]

A씨는 보험가입 후 뇌혈관 질환(허혈성심장질환)으로 진단을 받았으므로 진단자금 청구

▶ 가입한 상품(특약)에서 뇌혈관 질환(허혈성심장질환) 진단자금은 모든 뇌혈관질환 및 허혈성심장질환에 대해서 보장하는 것이 아니라 **약관에서 보장대상으로 규정한 질환에 대해서만** 진단자금이 지급됨을 안내

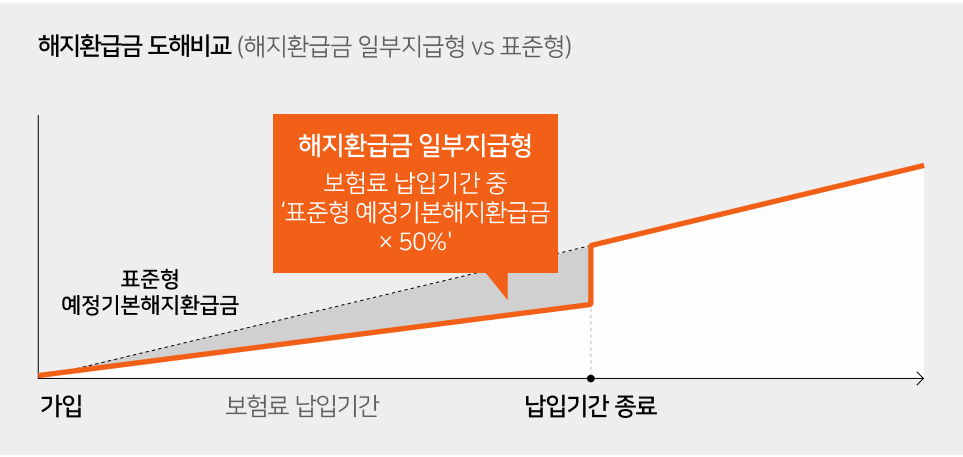
(2) 해지환급금에 관한 사항

보험계약자가 보험계약을 중도에 해지할 경우 보험회사는 해지환급금을 지급합니다.
※ 자세한 내용은 본 상품의 약관 및 상품설명서를 참고 바랍니다.

해지환급금



- ① 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.
* 해지환급금: 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험 보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급
- ② 납입기간 중 보험계약을 해지할 경우 일반상품보다 해지환급금이 적습니다.
(해지환급금이 적은 상품)



[민원 사례]
A씨는 종신보험 가입(납입기간: 10년) 후 2년 정도 경과한 상태에서 경제 사정상 해지를 하고자 하였는데 해지환급금이 너무 적게 발생하여 불만
▶ 계약자가 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리 등 사업비 및 경과기간의 위험보장에 사용하는 보험료를 차감하여 지급되므로 도중에 해지하면 손해를 볼 수 있음

③ 보험 계약시 해지환급금 보증형 또는 미보증형을 선택하실 수 있습니다.

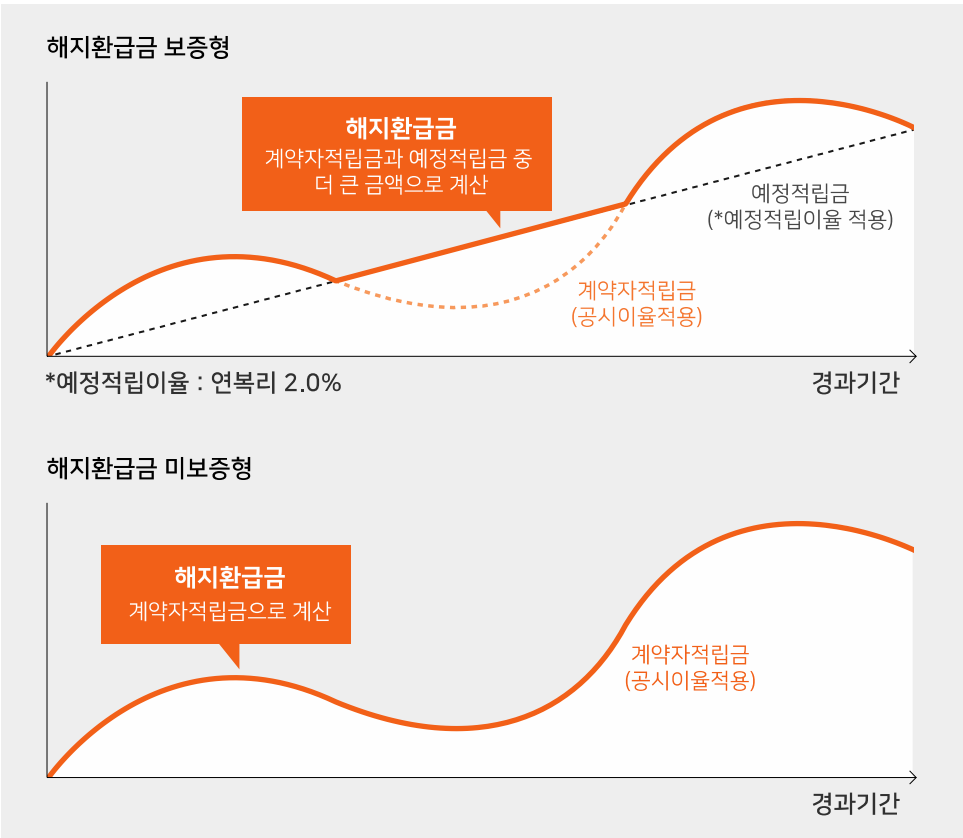
해지환급금 보증형

- 향후 공시이율에 관계없이 계약을 해지하였을 때 예정적립이율(연복리 2.0%)로 계산하여 적절한 예정적립금에서 해지공제액을 차감한 금액을 지급합니다. 대신에 예정적립금 보증을 위해 소요되는 비용으로 최저해지환급금 보증비용을 아래와 같이 부과합니다.

- 1) 기본보험료
 - [보험기간중]
 - 매년 기본보험료에 의한 계약자적립금의 0.15%
 - [납입중]
 - 납입보험료의 2.0%
 - [납입후]
 - 매년 보험가입금액의 0.44%
- 2) 추가납입보험료
 - [보험기간중]
 - 매년 추가납입보험료에 의한 계약자적립금의 0.15%
 - [납입시]
 - 납입보험료의 4.5%

해지환급금 미보증형

- 해지환급금을 예정적립금으로 보증하지 않지만 최저해지환급금 보증비용을 부과하지 않습니다.



※ 계약자적립금 계산시 적용되는 공시이율은 해지환급금 보증여부와 상관없이 최저보증이율은 보장형 계약의 계약일로부터 3년이내에는 연복리 1.0%, 3년초과 5년이내에는 연복리 0.75%, 5년을 초과하는 경우에는 연복리 0.5%를 적용합니다.

※ 보험기간 만료시점에는 해지환급금이 없습니다.

(3) 갱신 시 보험료 인상 가능성

이 보험에는 갱신 시 보험료가 변동되는 갱신형 계약이 포함되어 있습니다.

보험료 갱신형



갱신형 계약은 갱신할 때 마다 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 보험료가 인상될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.

갱신 시 보험료가 인상될 수 있는 계약

13대질병수술보장특약(갱신형), 3대질병보험료납입지원특약(갱신형),
간병인지원금특약(1-180일)(갱신형), 간병인지원금특약(11-180일)(갱신형),
간질환보장특약(갱신형), 간호·간병서비스지원금특약(1-180일)(갱신형),
계속받는소액암보장특약(갱신형), 계속받는일반암보장특약(갱신형), 급여가정간호특약(갱신형),
뇌출혈 및 뇌경색증진단특약(갱신형), 뇌혈관질환수술보장특약(갱신형),
뇌혈관질환입원특약(갱신형), 뇌혈관질환진단특약(갱신형),
당뇨 및 합병증보장특약(갱신형), 대상포진 및 통풍보장특약(갱신형), 상급종합병원입원특약(갱신형),
수술보장특약(갱신형), 시니어수술특약(갱신형), 신장질환보장특약(갱신형),
암직접치료통원특약(갱신형), 암진단특약(갱신형), 응급실내원특약(갱신형),
장기요양간병자금특약(중등도이상)(갱신형), 장기요양간병자금특약(중증)(갱신형),
장기요양간병자금특약(초기경도이상)(갱신형), 장기요양시설급여특약(중등도이상)(갱신형),
장기요양시설급여특약(중증)(갱신형), 장기요양재가급여특약(중등도이상)(갱신형),
주요성인질환입원특약(갱신형), 중환자실입원특약(갱신형)
첫날부터 암직접치료입원특약(요양병원제외)(갱신형), 첫날부터 요양병원암입원특약(갱신형)
첫날부터입원특약(갱신형), 특정 뇌혈관질환진단특약(갱신형), 특정 허혈성심장질환진단특약(갱신형)
특정질병수술보장특약(갱신형), 표적항암약물허가치료특약(갱신형), 항암방사선치료특약(갱신형)
항암방사선치료특약Ⅱ (갱신형), 항암약물치료특약(갱신형), 항암약물치료특약Ⅱ (갱신형)
허혈성심장질환수술보장특약(갱신형), 허혈성심장질환입원특약(갱신형),
허혈성심장질환진단특약(갱신형)



[민원 사례]
A씨는 종신보험 가입(갱신특약 부가) 후 보험료가 정액으로 변동되지 않는 줄 알았으나
갱신특약 보험료가 변동된다는 사실은 전혀 몰랐다고 불만
▶ 갱신형 특약부문은 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 갱신할 때 마다 보험료가
인상될 수 있음

(4) 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

보장성보험



- ① 이 보험은 사망 및 질병 보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며, 저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.
- ② 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.
- ③ 사망보험금의 일부 또는 전부를 해지하여 연금으로 전환할 수 있으나, 처음부터 연금보험에 가입한 경우보다 연금액이 적습니다.
- ④ 가입한 특약의 경우 종신보험(주계약)과 보험기간이 다릅니다.
(특약별 보험기간을 꼼꼼히 확인하시기 바랍니다.)

[민원 사례]



A씨는 저축을 주된 목적으로 종신보험을 가입하였으나 알고보니 사망 및 질병 보장을 주목적으로 하는 보장성보험임에 불만
▶ 종신보험 등 보장성보험은 저축이나 노후에 연금 수령을 목적으로 가입하시기에는 적합하지 않으며 또한 중도에 해지하면 손해를 볼 수 있음

금리연동형보험



- ① 이 보험의 보험료 적립금 산출에 적용되는 이율은 매월 변동됩니다.
- ② 동 이율은 납입한 주계약(또는 적립) 보험료에서 계약체결·유지관리에 필요한 경비 및 위험보장을 위한 보험료를 차감한 금액에 대해서만 적용됩니다.
- ③ 이 보험의 최저보증이율*은 3년이내에는 연복리 1.0%, 3년초과 5년이내에는 연복리 0.75%, 5년을 초과하는 경우에는 연복리 0.5%입니다.
*자산운용이익률, 시장금리가 하락하는 경우 회사가 보증하는 적용이율의 최저한도

예금자보호제도에
관한 사항



- ① 이 보험은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.
- ② 예금자보호 한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호 대상 금융상품의 해지환급금(또는 만기시 보험금이나 사고보험금)과 기타 지급금을 합하여 1인당 “최고 5천만원”이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.

III. 보험계약 일반사항

※ 자세한 내용은 본 상품의 약관 및 상품설명서를 참고 바랍니다.

(1) 청약을
철회할 수
있는 권리

보증형 p.46
미보증형 p.105

보험계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 보험계약의 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.

4/1
청약일

4/12
보험증권을 받은 날

4/27
보험증권을 받은 날 + 15일

청약철회 가능 기간

[주의 사항]
청약철회가 불가능한 경우,
① 청약일로부터 30일(만65세 이상 & 전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 초과한 경우
② 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는
전문금융소비자가 체결한 계약

(2) 보험계약을
취소할 수
있는 권리

보증형 p.46
미보증형 p.105

보험계약자는 다음의 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 계약 취소 시, 회사는 계약자에게 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

① 보험계약을 청약할 때 보험약관 및 보험계약자 보관용 청약서를 전달받지 못한 경우

② 보험약관의 중요내용을 설명 받지 못한 경우

③ 보험계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

계약이 성립한 날

계약이 성립한 날 + 3개월

계약취소 가능 기간

(3) 보험계약의
무효

보증형 p.47
미보증형 p.106

보험회사는 다음의 경우 보험계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면 (「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우

② 만 15세 미만자, 임신상실자 또는 임신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우

③ 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

(4) 보험계약 전
알릴 의무
위반 시 효과
보증형 p.44
미보증형 p103

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

고의 또는 중과실로
사실과 다르게 알린 경우

보험계약자 또는 피보험자

보험회사는 계약 해지 또는 보장 제한 가능

⌚

[주의 사항]

청약철회가 불가능한 경우,

① 청약서의 질문사항에 대하여 보험설계사에게만 구두로 알렸을 경우

▶ 보험계약 전 알릴 의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.

② 전화 등 통신수단을 통한 보험계약의 경우

▶ 보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항을 대신하므로 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.

🔊

[민원 사례]

A씨는 보험설계사에게 본인이 원하는 상품에 대해 상담 후 00보험 가입을 제안 받았고, 가입을 하려던 중 3~4개월전 잠깐 혈압이 높아져 검사 등으로 3일 정도 입원한 것이 생각나 보험설계사에게만 알려주고, 청약서에 기재하지 않은 채 00보험에 가입하였으며, 가입 이후 1년간 당뇨병으로 입원치료를 받아 보험금을 청구

▶ 보험회사는 **보험계약이 해지**될과 동시에 **보험금 지급이 어려움**을 안내

🔑

[법률 지식]

일반적으로 보험설계사는 독자적으로 보험회사를 대리하여 보험계약을 체결할 권한 이나 고지의무를 수령할 권한이 없음(대법원 2007. 6. 28. 선고 2006다59837)

(5) 보험계약 후
알릴 의무
위반 시
불이익
해당 없음

보험계약자 등은 피보험자의 직업·직무 변경 등이 발생한 경우 지체없이 보험회사에 알려야 하며, 이를 위반하는 경우 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

보험회사는 피보험자의 직업·직무 변경 등으로 인해,

① 위험이 감소한 경우 ▶ 보험료를 감액하고 정산금액을 환급하여 드립니다.

② 위험이 증가한 경우 ▶ 보험료가 증액되고 정산금액의 추가 납입이 필요할 수 있습니다.

[예시]



직업·직무 변경



운전목적 변경



운전여부 변경

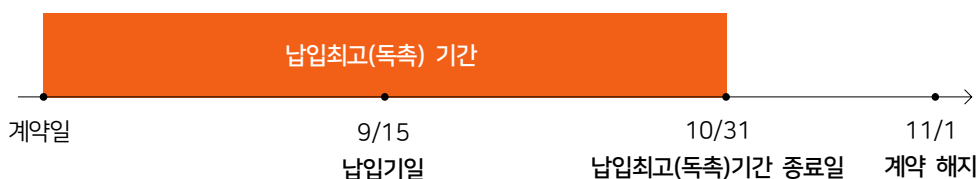


이륜차 등 사용

회사에 알린 경우	위험 증가 시	보험료 증액, 정산금액 추가납입
	위험 감소 시	보험료 감액, 정산금액 환급
회사에 알리지 않은 경우	위험 증가 시	보험금 지급 제한 또는 삭감 가능
	위험 감소 시	보험료 감액, 정산금액 환급 불가

보증형 p.52
미보증형 p109

보험료 납입이 연체*중인 경우 보험회사는 납입을 독촉하는 안내를 하며,
납입최고(독촉)기간*내에 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지됩니다.

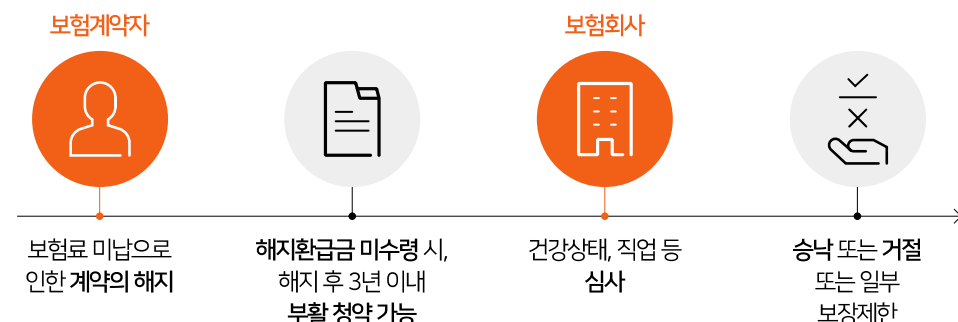


- * 납입연체 - ① 보험료 납입이 연체 중이거나
② 유니버설 상품에서 월대체보험료를 충당할 수 없는 경우
- * 납입최고(독촉)기간 - 14일 이상(보험기간 1년 미만인 경우 7일 이상)

보증형 p.53
미보증형 p.110

보험료 납입업체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우,
해지된 날부터 3년 이내에 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

[주의 사항]
보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, **부활(효력회복)**을 거절하거나 **보장의 일부를 제한**할 수 있습니다.



(8) 보험계약대출
보증형 p.61
미보증형 p.114

보험계약자는 보험계약의 해지환급금 범위 안에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

[주의 사항]

- ① 상환하지 않은 보험계약대출금과 이자는 해지환급금 또는 보험금에서 차감될 수 있습니다.
- ② 순수보장성보험 등 보험상품 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수 있습니다.
- ③ 보험계약자는 대출신청 전에 보험계약대출이율을 반드시 확인하시기 바랍니다.

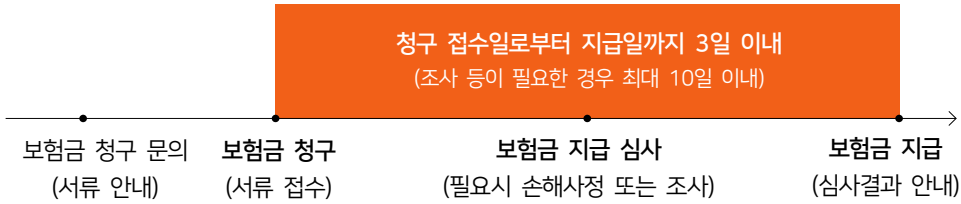
[예시] 환급금 내역서

해지환급금	공제금액			실수령액
	원금	이자	공제금액 계	
1,000만원	500만원	5만원	505만원	495만원

(9) 보험금
청구절차와
서류

보증형 p.42
미보증형 p.101

보험금은 청구서류 접수일부터 **3영업일 이내**에 지급하는 것이 원칙입니다.
(단, 보험금 지급사유의 조사·확인이 필요한 경우 10영업일이 소요될 수 있습니다.)



[주의 사항]
소액 보험금 청구시 진단서 제출이 면제되는 등 청구서류가 간소화되는 경우가
있으니, 보험금 청구 전에 보험회사에 제출서류를 확인하시기 바랍니다.

보험금 청구서류

구분	공통서류	기타 서류(해당 시)
사망	청구서, 신분증	사망진단서
장해		장해진단서
진단		진단서, 진단사실 확인서류(검사결과지 등)
입원		진단서, 입·퇴원확인서
수술		진단서, 수술확인서
실손		진단서, (입원시) 입·퇴원확인서, (수술시) 수술확인서, (통원시) 통원확인서

* 보험사고의 종류, 내용 등에 따라 추가 서류가 필요할 수 있습니다.

한화생명 평생동행 종신보험 2201

무배당[보증비용부과형]
(해지환급금 보증)

-
- 제1관 목적 및 용어의 정의
 - 제2관 보험금의 지급
 - 제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등
 - 제4관 보험계약의 성립과 유지
 - 제5관 보험료의 납입
 - 제6관 적립형 계약 전환
 - 제7관 스마트전환형 계약 전환
 - 제8관 스마트치매전환형 계약 전환
 - 제9관 계약의 해지 및 해지환급금 등
 - 제10관 분쟁의 조정 등
 - 제11관 지정대리청구에 관한 사항
[스마트치매전환형 계약에 한함]
 - 제12관 사망보험금 연금선지급서비스특칙



주계약 약관은 보험계약 성립의 가장 기본이 되는 사항으로,
보험계약자와 보험회사의 권리와 의무를 규정한 중요한 내용입니다.

한화생명 평생동행 종신보험2201 무배당[보증비용부과형](해지환급금 보증)
주계약 약관 [보장형 계약, 적립형 계약, 스마트전환형 계약, 스마트치매전환형 계약]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.

마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 특성은 다음과 같습니다.

(1) 이 계약의 피보험자는 보장형 계약 피보험자와 적립형 계약 피보험자, 스마트전환형 계약 피보험자 및 스마트치매전환형 계약 피보험자로 구성됩니다.

(2) 적립형 계약의 피보험자는 '㉓' 내지 '㉔'에서 정한 자 중 1인으로 합니다. 다만, 제7호 '가'목에 따른 일부전환의 경우 적립형 계약의 피보험자는 보장형 계약의 피보험자로 합니다.

㉓ 보장형 계약 피보험자

㉔ 보장형 계약 피보험자의 가족관계등록부 또는 주민등록상 배우자(이하 '보장형 계약 피보험자(배우자)'라 합니다)

㉕ 보장형 계약 피보험자의 가족관계등록부 또는 주민등록상 자녀(직계비속 포함)(이하 '보장형 계약 피보험자(가입자녀)'라 합니다)

(3) 스마트전환형 계약의 피보험자는 '㉓' 및 '㉔'에서 정한 자 중 1인으로 합니다.

㉓ 보장형 계약 피보험자(배우자)

㉔ 보장형 계약 피보험자(가입자녀)

(4) 스마트치매전환형 계약의 피보험자는 '㉓' 내지 '㉔'에서 정한 자 중 1인으로 합니다.

㉓ 보장형 계약 피보험자

㉔ 보장형 계약 피보험자(배우자)

㉕ 보장형 계약 피보험자(가입자녀)

㉖ 스마트전환형 계약 피보험자

㉗ 스마트전환형 계약 피보험자의 가족관계등록부 또는 주민등록상 배우자(이하 '스마트전환형 계약 피보험자(배우자)'라 합니다)

㉘ 스마트전환형 계약 피보험자의 가족관계등록부 또는 주민등록상 자녀(직계비속 포함)(이하 '스마트전환형 계약 피보험자(가입자녀)'라 합니다)

(5) 보장형 계약 피보험자(배우자), 보장형 계약 피보험자(가입자녀), 스마트전환형 계약 피보험자(배우자) 및 스마트전환형 계약 피보험자(가입자녀)가 '(2)' 내지 '(4)'에서 정한 자격을 상실한 경우 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 8 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 9 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하

거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

라. 치매보장개시일: 제3조('경도치매상태', '중등도치매상태' 및 '중증치매상태'의 정의 및 최종 진단 확정)에서 정한 '경도치매상태', '중등도치매상태' 및 '중증치매상태'에 대한 보장개시일은 스마트치매 전환형 계약의 전환일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음 날을 말합니다. 다만, 질병으로 인한 '경도치매상태', '중등도치매상태' 및 '중증치매상태'가 없는 상태에서 재해로 인한 뇌의 손상으로 인하여 '경도치매상태', '중등도치매상태' 및 '중증치매상태'가 발생한 경우에는 스마트치매 전환형 계약의 전환일을 보장개시일로 합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【 연단위 복리 예시 】

연시시점(1월 1일) 원금 10,000원 투자, 연간 2% 이자율 적용시 계산 예시

$$\cdot 1\text{년차 이자} = \frac{10,000\text{원}}{\text{원금}} \times 2\% = 200\text{원}$$

$$\cdot 2\text{년차 이자} = \frac{(10,000\text{원} + 200\text{원})}{\text{원금}} \times 2\% = 204\text{원}$$

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

다. 산출이율: 이 계약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에서 정한 보험료 산출이율을 말합니다.

라. 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다. 다만, 스마트치매 전환형 계약의 보험기간 중 제5조(보험금의 지급사유) 제4항 제4호의 중증치매 간병자금 지급사유가 발생한 경우 스마트치매 전환형 계약의 보험기간은 최종 중증치매 간병자금 지급사유 해당일까지로 합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

다. 월계약해당일: 보험계약일부터 한 달씩 경과되는 매월의 계약 해당일을 말합니다. 다만, 해당월의 계약 해당일이 없는 경우에는 해당월의 말일을 계약 해당일로 합니다.

라. 매년 최종 진단 확정일: 제3조('경도치매상태', '중등도치매상태' 및 '중증치매상태'의 정의 및 최종 진단 확정) 제5항에서 정한 '중증치매상태'로 최종 진단 확정된 이후부터 1년씩 경과되는 매년의 최종 진단 확정일을 말합니다. 다만, 해당연도의 최종 진단 확정일이 없는 경우에는 해당월의 말일을 최종 진단 확정일로 합니다.

마. 매월 최종 진단 확정일: 제3조('경도치매상태', '중등도치매상태' 및 '중증치매상태'의 정의 및 최종 진단 확정) 제5항에서 정한 '중증치매상태'로 최종 진단 확정된 이후부터 한 달씩 경과되는 매월의 최종 진단 확정일을 말합니다. 다만, 해당월의 최종 진단 확정일이 없는 경우에는 해당월의 말일을 최종 진단 확정일로 합니다.

바. 전환일: 적립형 계약, 스마트전환형 계약 및 스마트치매 전환형 계약의 전환일은 각각 제36조(적립형 계약 전환의 승낙 및 효력발생) 제2항, 제38조(스마트전환형 계약 전환의 승낙 및 효력발생) 제2항 및 제40조(스마트치매 전환형 계약 전환의 승낙 및 효력발생) 제2항에서 정한 전환일을 말합니다.

5. 보험료 관련 용어

가. 보장형 계약의 기본보험료: 보험계약 체결시 보험가입금액을 기준으로 계산된 보험료 납입기간동안 매월 계속 납입하기로 약정한 월납보험료를 말합니다.

나. 보장형 계약의 추가납입보험료: 기본보험료 이외에 보험계약 성립 후부터 보험기간 중에 추가로

납입하는 보험료를 말합니다.

다. 보장형 계약의 추가납입보험료 납입한도

- (1) 이 계약의 보험기간 중에 추가로 납입할 수 있는 추가납입보험료의 납입한도는 기본보험료 총액의 1배로 하며, 1회 납입할 수 있는 추가납입보험료의 납입한도는 다음에 정한 한도로 합니다.

- 기본보험료 $\times 12 \times 100\%$ 가입후 경과년수 - 이미 납입한 추가납입보험료의 합계액

다만, 가입후 경과년수는 가입시를 1년으로 하며, 보험료 납입기간을 최대한도로 합니다. 또한, 특약이 부가된 경우에는 특약보험료는 보험료 납입한도에서 제외하며, 계약자적립금의 인출로 인한 기준사망보험금의 감소가 있는 경우에는 보험료 납입한도와는 별도로 기준사망보험금의 감소분 이내에서 추가납입이 가능합니다.

- (2) '(1)'에도 불구하고 1회 납입할 수 있는 추가납입보험료의 납입한도는 시중금리 등 금융환경에 따라 회사가 정한 한도로 합니다.

라. 보장형 계약의 이미 납입한 보험료: 계약자가 회사에 납입한 기본보험료와 추가납입보험료를 합한 금액에서 인출금액의 합계를 차감한 금액을 말하며, 특약보험료는 제외합니다. 다만, 다음 각호에 해당하는 경우에 사망보험금 계산시 적용되는 이미 납입한 보험료는 계약자가 실제로 납입한 보험료와는 다르게 계산하여 적용합니다.

- (1) 기본보험료의 납입이 면제된 경우

납입면제시점부터 기본보험료 납입기간 종료일까지 매월 월계약해당일에 기본보험료가 납입된 것으로 하여 이미 납입한 보험료를 계산합니다.

- (2) 적립형 계약으로 일부 전환이 있을 경우

다음의 수식과 같이 계산된 보험료와 일부전환 이후 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

$\begin{aligned} & \text{'일부전환' 직후 보장형 계약의 이미 납입한 보험료} \\ &= \text{'일부전환' 직전 보장형 계약의 이미 납입한 보험료} \\ &\quad \times (1 - \text{'보장형계약의 전환신청 보험가입금액'/'일부전환 직전 보장형 계약의 보험가입금액'}) \end{aligned}$

- (3) 스마트치매전환형 계약으로 전환이 있을 경우

다음의 수식과 같이 계산된 보험료와 전환 이후 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

$\begin{aligned} & \text{'전환' 직후 보장형 계약의 이미 납입한 보험료} \\ &= \text{'전환' 직전 보장형 계약의 이미 납입한 보험료} \\ &\quad \times (\text{'전환' 직후 보장형 계약의 보험가입금액/'전환' 직전 보장형 계약의 보험가입금액}) \end{aligned}$

- (4) 보험가입금액의 감액이 있을 경우

다음의 수식과 같이 계산된 보험료와 해당 감액신청 이후 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

$\begin{aligned} & \text{'감액신청' 직후 보장형 계약의 이미 납입한 보험료} \\ &= \text{감액신청 직전 보장형 계약의 이미 납입한 보험료} \\ &\quad \times (\text{감액신청 직후 보장형 계약의 보험가입금액/감액신청 직전 보장형 계약의 보험가입금액}) \end{aligned}$

마. 적립형 계약의 기본보험료: 적립형 계약으로 전환시 납입하기로 한 월납보험료를 말합니다.

바. 적립형 계약의 추가납입보험료: 기본보험료 이외에 전환 후부터 보험기간 중에 추가로 납입하는 보험료를 말하며, 납입되는 보험료의 경우 해당월의 기본보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 초과하는 보험료에 대하여 추가납입보험료로 봅니다. 경과기간에 따라 1회 납입 가능한 추가납입보험료의 한도는 아래에서 정한 방법에 의해 계산합니다. 다만, 제47조(계약자적립금의 인출)에 따른 적립형 계약의 인출금액이 있는 경우에는 해당 인출금액 내에서 보험료납입한도와는 별도로 추가납입이 가능합니다.

- 1회 납입 가능한 추가납입보험료의 한도

= 기본보험료의 200% $\times$ 적립형 계약 전환 후 경과월수 - 이미 납입한 추가납입보험료의 합계

다만, 적립형 계약 전환 후 경과월수는 전환시를 1개월로 하며, 보험료 납입기간을 최고한도로 합니다.

사. 적립형 계약의 이미 납입한 보험료: 전환일 당시 보장형 계약의 전환신청 보험가입금액에 해당하

는 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액기준, 주계약에 한하며 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액)과 적립형 계약으로 전환한 후 납입한 기본보험료 및 추가납입보험료를 합한 금액에서 인출금액의 합계를 차감한 금액을 말하며, 특약보험료는 제외합니다. 다만, 다음에 해당하는 경우에 사망보험금 지급시 적용되는 이미 납입한 보험료는 계약자가 실제로 납입한 보험료와는 다르게 계산하여 적용합니다.

- 적립형 계약의 기본보험료 감액을 신청한 경우
- 다음의 수식과 같이 계산된 보험료와 해당 감액신청 이후 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

$$\begin{aligned} & \text{감액신청 직후의 적립형 계약의 '이미 납입한 보험료'} \\ &= \text{감액신청 직전 적립형 계약의 '이미 납입한 보험료'} \times \\ & \quad (\text{감액신청 직후 적립형 계약의 기본보험료/감액신청 직전 적립형 계약의 기본보험료}) \end{aligned}$$

- 아. 스마트전환형 계약의 기준보험료 및 기본보험료: 스마트전환형 계약으로 전환시 전환금액
- 자. 스마트전환형 계약의 전환금액: 보장형 계약의 전환시점 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액 기준, 주계약에 한하며 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액)
- 차. 스마트전환형 계약의 추가납입보험료: 기본보험료 이외에 스마트전환형 계약으로 전환 후부터 보험기간 중에 추가로 납입하는 보험료를 말합니다(다만, 특약보험료는 제외).
- 카. 스마트전환형 계약의 보험료 납입한도

- (1) 이 계약의 기준보험료와 추가납입보험료를 합하여 보험기간 중 납입할 수 있는 보험료의 납입한도로서 기준보험료 총액의 2배로 하며, 1회 납입할 수 있는 보험료의 납입한도는 다음에 정한 한도로 합니다.

- $\text{기준보험료} \times (1 + 10\% \times \text{스마트전환형 전환후 경과년수}) - \text{이미 납입한 기준보험료 및 추가 납입보험료의 합계액}$

다만, 스마트전환형 전환후 경과년수는 전환시를 1년으로 하며, 10년을 최대로 합니다. 또한, 특약이 부가된 경우에는 특약보험료는 보험료 납입한도에서 제외하며, 계약자적립금의 인출로 인한 기준사망보험금의 감소가 있는 경우에는 보험료 납입한도와는 별도로 기준사망보험금의 감소분 이내에서 납입이 가능합니다.

- (2) '(1)'에도 불구하고 1회 납입할 수 있는 보험료의 납입한도는 시중금리 등 금융환경에 따라 회사가 정한 한도로 하며, 보험료 납입한도를 별도로 정하지 않을 경우 '(1)'의 한도를 적용합니다.

- 타. 스마트전환형 계약의 이미 납입한 보험료: 스마트전환형 계약의 전환금액과 전환한 후 납입한 추가납입보험료를 합한 금액에서 인출금액의 합계를 차감한 금액을 말하며, 특약보험료는 제외합니다. 다만, 다음에 해당하는 경우에 사망보험금 계산시 적용되는 이미 납입한 보험료는 계약자가 실제로 납입한 보험료와는 다르게 계산하여 적용합니다.

- 스마트전환형 계약 보험가입금액의 감액이 있을 경우
- 다음의 수식과 같이 계산된 보험료와 해당 감액신청 이후 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

$$\begin{aligned} & \text{'감액신청' 직후 스마트전환형 계약의 이미 납입한 보험료} \\ &= \text{감액신청 직전 스마트전환형 계약의 이미 납입한 보험료} \\ & \quad \times (\text{감액신청 직후 스마트전환형 계약의 보험가입금액} / \text{감액신청 직전 스마트전환형 계약의 보험가입금액}) \end{aligned}$$

- 스마트치매전환형 계약으로 전환이 있을 경우
- 다음의 수식과 같이 계산된 보험료와 전환 이후 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

$$\begin{aligned} & \text{'전환' 직후 스마트전환형 계약의 이미 납입한 보험료} \\ &= \text{'전환' 직전 스마트전환형 계약의 이미 납입한 보험료} \\ & \quad \times (\text{'전환' 직후 스마트전환형 계약의 보험가입금액} / \text{'전환' 직전 스마트전환형 계약의 보험가입금액}) \end{aligned}$$

- 파. 스마트치매전환형 계약의 보험료: 스마트치매전환형 계약으로 전환시 설정한 스마트치매전환형 계약의 보험가입금액을 기준으로 계산된 일시납보험료를 말합니다.
- 하. 위험보험료: 이 계약에서 정하는 보험금(납입면제 포함) 및 해지환급금을 지급하기 위한 비용을 말

합니다.

거. 계약체결비용: 보험계약의 체결과 관련되어 발생하는 비용을 말합니다.

너. 계약관리비용: 보험계약의 유지 및 관리 등과 관련되어 발생하는 비용을 말합니다(이하, '계약체결 비용'과 '계약관리비용'을 합하여 '계약체결 및 계약관리비용'이라 합니다). 계약관리비용은 '유지관련비용'과 '기타비용'으로 구분되며, 유지관련비용은 '납입중 유지관련비용'과 '납입후 유지관련비용'(다만, 적립형 계약은 '계약유지비용'과 '납입유지비용')으로 구분됩니다.

더. 월공제액

[보장형 계약]

(1) 보험료 납입경과기간(납입기간×12회 납입) 이내 :

해당월의 위험보험료, 계약체결 및 계약관리비용(기타비용 제외), 최저사망보험금 보증비용 및 최저해지환급금 보증비용의 합계액을 말하며, 해당월 기본보험료 납입시에 계약자적립금에서 공제합니다. 다만, 기본보험료를 해당 월계약해당일 이전에 납입하는 경우에는 월계약해당일에 계약자적립금에서 공제합니다.

(2) 보험료 납입경과기간(납입기간×12회 납입)이 지난 후 :

해당월의 위험보험료, 계약관리비용(기타비용 제외), 최저사망보험금 보증비용 및 최저해지환급금 보증비용의 합계액을 말하며, 산출방법서에 정한 바에 따라 매월 계약 해당일에 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액기준, 특약의 해지환급금 제외)에서 공제합니다.

(3) 기타비용은 보험료 납입시에 납입한 보험료에서 공제합니다. 다만, 보험료 납입경과기간(납입기간×12회 납입) 이내에 월계약해당일 이전에 기본보험료가 납입되는 경우에는 해당월 월계약해당일에 공제합니다.

- 추가납입보험료의 계약관리비용은 보험료 납입시에 납입한 추가납입보험료에서 공제하며 최저해지환급금 보증비용은 산출방법서에서 정한 바에 따라 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액 기준, 특약에 대한 해지환급금은 제외)에서 공제합니다.

러. 월대체보험료

[적립형 계약]

- 적립형 계약의 경우는 해당월의 위험보험료와 계약유지비용 및 특약이 부가된 경우 특약보험료(특약의 기타비용 제외)의 합계액으로서 매월 월계약해당일에 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액, 특약의 해지환급금은 제외)에서 공제하며 납입유지비용 및 기타비용은 보험료 납입시에 납입한 보험료에서 공제합니다.

- 추가납입보험료의 계약관리비용은 산출방법서에서 정한 바에 따라 보험료 납입시에 납입한 추가납입보험료에서 공제합니다.

[스마트전환형 계약]

- 해당월의 위험보험료, 납입후 유지관련비용, 최저사망보험금 보증비용 및 특약이 부가된 경우 특약보험료(특약의 기타비용 제외)의 합계액으로서 월계약해당일에 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액 기준, 특약의 해지환급금은 제외)에서 공제합니다.

- 사망보험금 연금선지급서비스특칙에 의하여 연금선지급이 개시된 계약은 월대체보험료에서 특약보험료(특약의 기타비용 제외)를 제외하며, 연금선지급이 완료 또는 종료되는 경우 특약보험료(특약의 기타비용 제외)를 다시 월대체보험료에 포함합니다.

- 추가납입보험료의 계약관리비용은 보험료 납입시에 납입한 추가납입보험료에서 공제하며 스마트전환형 계약[보증비용부과형](해지환급금 보증)의 경우 최저해지환급금 보증비용은 산출방법서에서 정한 바에 따라 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액 기준, 특약에 대한 해지환급금은 제외)에서 공제합니다.

6. 적립금 및 보험금 관련 용어

가. 계약자적립금: 장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액으로 이 계약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 이 계약의 공시이율로

일자 계산하여 적립한 금액을 말합니다.

- 나. 보장형 계약의 예정적립금: 이 계약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 이 계약의 예정적립이율(연복리 2.0%)로 일자 계산하여 적립한 금액을 말합니다.
- 다. 보장형 계약의 보험료적립금: 이 계약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계약자적립금과 예정적립금 중 큰 금액을 말합니다.
- 라. 보장형 계약의 가산적립금: 이 계약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 기본보험료에 의한 계약자적립금에서 기본보험료에 의한 예정적립금을 차감한 금액을 말하며, 이 금액이 '0'보다 적은 경우 '0'으로 합니다.
- 마. 보장형 계약의 추가적립금: 추가납입보험료에 의한 계약자적립금과 추가납입보험료에 의한 예정적립금 중 큰 금액을 말하며, 제29조(제2회 이후 보험료의 납입) 제7항에 따라 선납보험료를 공시이율로 계산한 이자는 추가납입보험료에 의한 적립금으로 적립합니다.
- 바. 보장형 계약 표준형의 예정기본해지환급금: 이 계약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 해지율을 적용하지 않고 이 계약의 예정적립이율(연복리 2.0%)로 일자 계산하여 산출된 기본보험료에 의한 예정적립금에서 해지공제액을 차감한 금액을 말합니다. 다만, 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 기본보험료에 의한 예정적립금으로 합니다.
- 사. 보장형 계약의 기본보험금액
기준사망보험금과 계약자적립금의 101% 금액 중 큰 금액을 말합니다.
- 아. 보장형 계약의 기준사망보험금
보험가입금액으로 합니다. 다만, 추가납입보험료 납입시에는 추가납입전 기준사망보험금에 추가납입보험료를 더한 금액으로 하며, 계약자적립금의 인출시에는 인출전 기준사망보험금에서 계약자적립금의 인출금액을 차감한 금액으로 합니다. 한편, 계약자적립금의 인출로 인한 기준사망보험금의 감소는 계약자적립금의 인출 신청시점을 기준으로 계산합니다.
- 자. 보장형 계약의 최저사망보험금
향후 공시이율에 관계없이 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간의 종료일까지 보장하는 최저한도의 사망보험금으로서 사망보험금 지급사유발생시점의 기본보험금액을 말합니다.
- 차. 보장형 계약의 최저사망보험금 보증비용: 향후 공시이율에 관계없이 최저사망보험금의 지급을 보증하는 데 소요되는 비용을 말합니다.
- 카. 보장형 계약의 최저해지환급금: 향후 공시이율에 관계없이 계약을 해지하였을 때 지급하는 최저한도의 해지환급금으로서, 보험료 납입기간 중에는 표준형의 예정기본해지환급금 × 50%에 추가납입보험료에 의한 예정적립금을 더한 금액을 말하며, 보험료 납입기간 후에는 예정적립금을 말합니다.
- 타. 보장형 계약의 최저해지환급금 보증비용: 향후 공시이율에 관계없이 보장형 계약의 최저해지환급금의 지급을 보증하는 데 소요되는 비용을 말합니다.
- 파. 적립형 계약의 사망보험금: 적립형 계약 기본보험료의 6배와 사망보험금 지급사유 발생시점의 계약자적립금을 더한 금액입니다. 다만, 사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적을 경우에는 이미 납입한 보험료를 사망보험금으로 지급합니다.
- 하. 스마트전환형 계약의 예정적립금

[스마트전환형 계약[보증비용부과형](해지환급금 보증)]

스마트전환형 계약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 스마트전환형 계약의 예정적립이율(연복리 2.0%)로 일자 계산하여 적립한 금액을 말하며, 계산시에 최저사망보험금 보증비용은 반영하지 않습니다.

[스마트전환형 계약[보증비용부과형](해지환급금 미보증)]

스마트전환형 계약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 스마트전환형 계약의 예정적립이율(연복리 2.5%)로 일자 계산하여 적립한 금액을 말하며, 계산시에 최저사망보험금 보증비용은 반영하지 않습니다.

거. 스마트전환형 계약[보증비용부과형](해지환급금 보증)의 보험료적립금: 이 계약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 스마트전환형 계약의 계약자적립금과 스마트전환형 계약의 예정적립금 중 큰 금액을 말합니다.

너. 스마트전환형 계약의 기본보험금액

기준사망보험금과 계약자적립금의 101% 금액 중 큰 금액을 말합니다.

더. 스마트전환형 계약의 기준사망보험금

사망보험금 지급사유 발생 시기에 따라 다음에 정한 금액으로 합니다. 다만, 추가납입보험료 납입 시에는 추가납입전 기준사망보험금에 추가납입보험료를 더한 금액으로 하며, 계약자적립금의 인출 시에는 인출전 기준사망보험금에서 계약자적립금의 인출금액을 차감한 금액으로 합니다. 한편, 계약자적립금의 인출로 인한 기준사망보험금의 감소는 계약자적립금의 인출 신청시점을 기준으로 계산합니다.

구 분	기준사망보험금
전환일부터 5년 경과시점 월계약해당일 전일까지의 기간 중 피보험자가 사망한 경우	보험가입금액
전환일부터 5년 경과시점 월계약해당일부터 종신까지의 기간 중 피보험자가 사망한 경우	보험가입금액을 전환일 이후 5년 경과시점 월계약해당일부터 체증경과년수동안 매년 5%씩 체증한 금액 ※ 체증경과년수: 전환일 이후 5년 경과시점 월 계약해당일부터 지급사유 발생일까지의 경과년수 다만, 전환일 이후 5년 경과시점 월계약해당일을 1년으로 하고, 10년을 최대로 합니다.

러. 스마트전환형 계약의 보험가입금액

전환금액을 일시납보험료로 하여 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 합니다.

머. 스마트전환형 계약의 최저사망보험금

[스마트전환형 계약[보증비용부과형](해지환급금 보증)]

향후 공시이율에 관계없이 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간의 종료일까지 보장하는 최저한도의 사망보험금으로서 사망보험금 지급사유발생시점의 기본보험금액을 말합니다.

[스마트전환형 계약[보증비용부과형](해지환급금 미보증)]

향후 공시이율에 관계없이 최저사망보험금 보증기간 동안 보장하는 최저한도의 사망보험금으로서, 사망보험금 지급사유 발생시점의 기본보험금액을 말합니다.

버. 스마트전환형 계약[보증비용부과형](해지환급금 미보증)의 최저사망보험금 보증기간: 전환일 이후 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)의 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날부터 스마트전환형 계약의 예정적립금이 "0"이 될 때까지의 기간을 말합니다.

서. 스마트전환형 계약의 최저사망보험금 보증비용: 향후 공시이율에 관계없이 스마트전환형 계약의 최저사망보험금의 지급을 보증하는 데 소요되는 비용을 말합니다.

어. 스마트전환형 계약[보증비용부과형](해지환급금 보증)의 최저해지환급금: 향후 공시이율에 관계없이 계약을 해지하였을 때 지급하는 최저한도의 해지환급금으로서, 스마트전환형 계약[보증비용부과형](해지환급금 보증)의 예정적립금을 말합니다.

저. 스마트전환형 계약[보증비용부과형](해지환급금 보증)의 최저해지환급금 보증비용: 향후 공시이율에 관계없이 스마트전환형 계약[보증비용부과형](해지환급금 보증)의 최저해지환급금의 지급을 보증하는 데 소요되는 비용을 말합니다.

7. 전환 관련 용어

- 가. 적립형 계약의 일부전환: 보장형 계약의 보험가입금액 일부를 감소하여 '보장형 계약의 전환신청 보험가입금액'에 해당하는 해지환급금을 제35조(적립형 계약 전환 신청 및 취소)에 따라 적립형 계약으로 전환하는 것을 말합니다.
- 나. 적립형 계약의 전부전환: 보장형 계약의 보험가입금액 전부를 적립형 계약으로 전환하는 것을 말합니다.
- 다. 적립형 계약의 '보장형 계약의 전환신청 보험가입금액': 계약자가 제35조(적립형 계약 전환 신청 및 취소)에 따라 적립형 계약으로 '일부전환'시 전환하기로 신청한 보장형 계약의 보험가입금액을 말합니다.
- 라. 스마트전환형 계약의 전환: 보장형 계약의 보험가입금액 전부를 스마트전환형 계약[보증비용부과형](해지환급금 보증) 또는 스마트전환형 계약[보증비용부과형](해지환급금 미보증)으로 전환하는 것을 말합니다.
- 마. 스마트치매전환형 계약의 전환: 보장형 계약 또는 스마트전환형 계약의 보험가입금액 일부를 감소하여 감소한 보험가입금액에 해당하는 해지환급금을 제39조(스마트치매전환형 계약 전환 신청 및 취소)에 따라 스마트치매전환형 계약으로 전환하는 것을 말합니다.

8. 장기유지보너스 관련 용어

- 가. 장기유지보너스 가산대상 계약: 보험료 납입기간이 7년납 이상 또는 보험가입금액이 7천만원 이상인 보장형 계약을 말합니다.
- 나. 장기유지보너스 가산금액: 장기유지보너스 가산대상 계약에 대하여 사업방법서에서 정한 방법에 따라 장기유지보너스 가산일에 추가납입보험료에 의한 적립금에 가산하는 금액을 말합니다.
- 다. 장기유지보너스 가산일: 이 계약의 사업방법서에서 정한 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일을 말하며, 해당월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- 라. 장기유지보너스 준비금: 장기유지보너스 가산일에 장기유지보너스 가산금액을 추가납입보험료에 의한 적립금에 가산하기 위하여 회사가 적립해 둔 금액으로 이 계약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 이 계약의 평균공시이율로 계산하여 적립한 금액을 말합니다.

9. 납입완료보너스 관련 용어(보장형 계약에 한합니다)

- 가. 납입완료보너스 가산금액: 이 계약의 사업방법서에서 정한 방법에 따라 납입완료보너스 가산일에 추가납입보험료에 의한 적립금에 가산하는 금액을 말합니다.
- 나. 납입완료보너스 가산일: 이 계약의 사업방법서에서 정한 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일을 말하며, 해당월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- 다. 납입완료보너스 준비금: 납입완료보너스 가산일에 납입완료보너스 가산금액을 추가납입보험료에 의한 적립금에 가산하기 위하여 회사가 적립해 둔 금액으로 이 계약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 이 계약의 평균공시이율로 계산하여 적립한 금액을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '경도치매상태', '중등도치매상태' 및 '중증치매상태'의 정의 및 최종 진단 확정

- ① 스마트치매전환형 계약에 있어서 '경도치매상태'라 함은 피보험자가 스마트치매전환형 계약의 전환일 이후에 발생한 재해 또는 질병으로 인하여 '치매보장개시일' 이후에 '경도의 인지기능의 장애'가 발생한 상태를 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 '경도의 인지기능의 장애'라 함은 CDR 척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating, 2001년) 검사 결과가 1점(단, 국내 의학계에서 일반적으로 인정되는 검사 방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 '치매보장개시일' 이후에 발생하고 발생시점부터 90일 이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.

- ③ 스마트치매전환형 계약에 있어서 '중등도치매상태'라 함은 피보험자가 전환일 이후에 발생한 재해 또는 질병으로 인하여 '치매보장개시일' 이후에 '중등도의 인지기능의 장애'가 발생한 상태를 말합니다.
- ④ 제3항에서 정한 '중등도의 인지기능의 장애'라 함은 CDR 척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating, 2001년) 검사 결과가 2점(단, 국내 의학계에서 일반적으로 인정되는 검사 방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 '치매보장개시일' 이후에 발생하고 발생시점부터 90일 이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.
- ⑤ 스마트치매전환형 계약에 있어서 '중증치매상태'라 함은 피보험자가 전환일 이후에 발생한 재해 또는 질병으로 인하여 '치매보장개시일' 이후에 '중증의 인지기능의 장애'가 발생한 상태를 말합니다.
- ⑥ 제5항에서 정한 '중증의 인지기능의 장애'라 함은 CDR 척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating, 2001년) 검사 결과가 3점 이상(단, 국내 의학계에서 일반적으로 인정되는 검사 방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 '치매보장개시일' 이후에 발생하고 발생시점부터 90일 이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.

【CDR 척도】

'CDR 척도(2001년)'는 치매 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능정도를 측정하는 검사로서 전체점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증(重症)을 의미합니다.

- ⑦ '경도치매상태', '중등도치매상태' 및 '중증치매상태' 발생시의 진단은 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과 전문의를 말하며, 관련 법령의 제·개정 등으로 전문과목의 명칭이 변경되는 경우 진단 당시의 제·개정된 법령에 따릅니다)의 진단서에 의하고, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 또한, 그 진단일로부터 90일이 지난 이후에 회사가 피보험자의 '경도치매상태', '중등도치매상태' 및 '중증치매상태'가 계속하여 지속되었음을 확인함으로써 제1항, 제3항 및 제5항에서 정한 '경도치매상태', '중등도치매상태' 및 '중증치매상태'로 최종 진단 확정됩니다.
- ⑧ 제1항, 제3항 및 제5항에도 불구하고 '정신분열병이나 우울증 등과 같은 정신 질환으로 인한 인지기능의 장애' 및 '알코올 중독, 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애'는 보장대상에서 제외합니다.
- ⑨ 회사는 '경도치매상태', '중등도치매상태' 및 '중증치매상태'의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

【'경도치매상태', '중등도치매상태' 및 '중증치매상태'의 보장개시 및 최종 진단 확정 예시】

전환일	치매보장개시일	치매상태발생 진단일	최종 진단 확정일
	← 1년 →	← 90일 →	
2020년 10월 1일	2021년 10월 1일	2023년 8월 5일	2023년 11월 3일

※ 다만, 질병으로 인한 '경도치매상태', '중등도치매상태' 및 '중증치매상태'가 없는 상태에서 재해로 인한 뇌의 손상으로 인하여 '경도치매상태', '중등도치매상태' 및 '중증치매상태'가 발생한 경우에는 전환일을 보장개시일로 합니다.

제 4 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하

며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 5 조 보험금의 지급사유

- ① 보장형 계약의 경우 회사는 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 보험수익자에게 약정한 사망보험금(별표 1 ‘[보장형 계약] 보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.
- ② 적립형 계약의 경우 회사는 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 보험수익자에게 약정한 사망보험금(별표 2 ‘[적립형 계약] 보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.
- ③ 스마트전환형 계약의 경우 회사는 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 보험수익자에게 약정한 사망보험금(별표 3 ‘[스마트전환형 계약] 보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.
- ④ 스마트치매전환형 계약의 경우 회사는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 4 ‘[스마트치매전환형 계약] 보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

1. 보험기간 중 피보험자가 ‘치매보장개시일’ 이후에 ‘경도치매상태’로 최종 진단 확정되었을 경우(최초 1회환): 최종 진단 확정일에 경도치매 진단자금 지급
2. 보험기간 중 피보험자가 ‘치매보장개시일’ 이후에 ‘중등도치매상태’로 최종 진단 확정되었을 경우(최초 1회환): 최종 진단 확정일에 중등도치매 진단자금 지급
3. 보험기간 중 피보험자가 ‘치매보장개시일’ 이후에 ‘중증치매상태’로 최종 진단 확정되었을 경우(최초 1회환): 최종 진단 확정일에 중증치매 진단자금 지급
4. 보험기간 중 피보험자가 ‘치매보장개시일’ 이후에 ‘중증치매상태’로 최종 진단 확정되고 매년 최종 진단 확정일에 생존한 경우(매년 최종 진단 확정일에 생존시 해당연도에 대하여 12개월 확정지급, 최초 36회 보증지급, 단 30년(360회)를 최고한도로 지급): 매월 최종 진단 확정일에 중증치매 간병자금 지급

제 6 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 보장형 계약의 경우 기본보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 7 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후부터 기본보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 기본보험료의 납입이 면제된 경우 기본보험료 납입기간종료일까지 매월 월계약해당일에 기본보험료가 납입된 것으로 하여 계약자적립금, 예정적립금 및 예정기본해지환급금을 계산합니다.
- ② 제5조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제3항 및 제27조(계약의 소멸) 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

【실종선고】

부재자 등의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속될 때에 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 법원은 실종선고를 하며, 실종선고를 받은 자는 실종기간이 만료한 때 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부

에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제5조(보험금의 지급 사유) 제1항 내지 제3항의 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ④ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일 또는 진단 확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 8 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 8 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.
- ⑨ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 8 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 8 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
- ⑩ 제1항 및 제9항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.
- ⑪ 장해분류표(별표 8 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 8 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
- ⑫ 제2조(용어의 정의) 제8호 '가'목에서 정한 장기유지보너스 가산대상 계약에 한하여, 회사는 보험기간 중 피보험자에게 제5조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우 이 계약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 보험금 지급사유 발생시점 기준으로 계산한 장기유지보너스 준비금을 보험금과 함께 지급합니다. 다만, 계약자가 보장형 계약의 보험가입금액을 감액하거나 제2조(용어의 정의) 제7호 '가'목에서 정한 적립형 계약으로 일부를 전환한 이후에 피보험자가 사망한 경우 또는 제2조(용어의 정의) 제7호 '마'목에서 정한 스마트치매전환형 계약으로 일부를 전환한 이후에 피보험자가 사망한 경우에는 감액 또는 전환 이후 보험가입금액 및 기본보험료에 해당하는 장기유지보너스 준비금을 지급합니다.
- ⑬ 회사는 보장형 계약에 한하여 보험기간 중 피보험자에게 제5조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우 이 계약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 보험금 지급사유 발생시점 기준으로 계산한 납입완료보너스 준비금을 보험금과 함께 지급합니다. 다만, 계약자가 보장형 계약의 보험가입금액 또는 특약의 보험가입금액을 감액하거나 제2조(용어의 정의) 제7호 '가'목에서 정한 적립형 계약으로 일부를 전환한 이후에 피보험자가 사망한 경우 또는 제2조(용어의 정의) 제7호 '마'목에서 정한 스마트치매전환형 계약으로 일부를 전환한 이후에 피보험자가 사망한 경우에는 감액 또는 전환 이후 납입완료보너스 대상보험료에 해당하는 납입완료보너스 준비금을 지급합니다.
- ⑭ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제

사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ⑮ 보장형 계약의 경우, 제2조(용어의 정의) 제6호 '사'목 및 '자'목 에도 불구하고 보험기간 중 피보험자에게 사망보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 사망보험금과 해지환급금 그리고 '이미 납입한 보험료' 중에서 가장 큰 금액을 사망보험금으로 지급합니다.
- ⑯ 스마트전환형 계약[보증비용부과형](해지환급금 보증)의 경우, 제2조(용어의 정의) 제6호 '너'목 및 '머'목에도 불구하고 보험기간 중 피보험자에게 사망보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 사망보험금과 해지환급금 그리고 '이미 납입한 보험료' 중에서 가장 큰 금액을 사망보험금으로 지급합니다.
- ⑰ 스마트전환형 계약[보증비용부과형](해지환급금 미보증)의 경우, 제2조(용어의 정의) 제6호 '너'목 및 '머'목에도 불구하고 보험기간 중 피보험자에게 사망보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 사망보험금과 '이미 납입한 보험료' 중에서 큰 금액을 사망보험금으로 지급합니다.
- ⑱ 제5조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적을 경우에는 이미 납입한 보험료를 사망보험금으로 지급합니다.

제 7 조 스마트치매전환형 계약의 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 계약자는 피보험자에게 전환일부터 치매보장개시일 전일 이전에 '경도치매상태' 또는 '중등도치매상태'가 발생한 경우 그 발생일로부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약의 취소를 선택할 수 있으며, 이 경우 회사는 그 날부터 제40조(스마트치매전환형 계약 전환의 승낙 및 효력발생)의 규정에도 불구하고 전환되지 않은 것으로 하며 전환전 계약(보장형계약 또는 스마트전환형 계약)의 약관규정을 적용합니다.
- ② 전환일부터 치매보장개시일 전일 이전에 '경도치매상태' 또는 '중등도치매상태'가 발생하였으나 제1항에서 계약자가 계약의 취소를 선택하지 않은 경우에는 다음 각 호에 따라 보험금을 지급합니다.
 - 1. 전환일부터 치매보장개시일 전일 이전에 '경도치매상태'가 발생한 경우
 - 가. 치매보장개시일 이후 '경도치매상태'가 발생하는 경우에는 제5조(보험금의 지급사유) 제1호의 경도치매 진단자금을 지급하지 않습니다.
 - 나. 치매보장개시일 이후 '중등도치매상태'가 발생하는 경우에는 제5조(보험금의 지급사유) 제2호의 중등도치매 진단자금을 지급합니다.
 - 다. 치매보장개시일 이후 '중증치매상태'가 발생하는 경우에는 제5조(보험금의 지급사유) 제3호 및 제4호에서 정한 중증치매 진단자금 및 중증치매 간병자금을 지급합니다.
 - 2. 전환일부터 치매보장개시일 전일 이전에 '중등도치매상태'가 발생한 경우
 - 가. 치매보장개시일 이후 '경도치매상태'가 발생하는 경우에는 제5조(보험금의 지급사유) 제1호의 경도치매 진단자금을 지급하지 않습니다.
 - 나. 치매보장개시일 이후 '중등도치매상태'가 발생하는 경우에는 제5조(보험금의 지급사유) 제2호의 중등도치매 진단자금을 지급하지 않습니다.
 - 다. 치매보장개시일 이후 '중증치매상태'가 발생하는 경우에는 제5조(보험금의 지급사유) 제3호 및 제4호에서 정한 중증치매 진단자금 및 중증치매 간병자금을 지급합니다.
- ③ 제5조(보험금의 지급사유) 제4항에서 보험기간 중 피보험자가 치매보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 '경도치매상태', '중등도치매상태' 및 '중증치매상태'를 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 최초 진단 확정일로 하여 해당 보험금을 지급합니다. 그러나, '치매보장개시일'의 전일 이전에 '경도치매상태', '중등도치매상태' 및 '중증치매상태'로 최종 진단 확정된 경우에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 제27조(계약의 소멸) 제2항에 따라 사망 당시의 책임준비금이 지급된 경우에는 제5조(보험금의 지급사유) 제4항 제3호 및 제4호에서 정한 중증치매 진단자금 및 중증치매 간병자금의 지급사유가 발생한 경우에 한하여 해당 보험금에서 이미 지급된 사망 당시의 책임준비금을 차감하여 지급합니다.
- ⑤ 제5조(보험금의 지급사유) 제4항 제1호 및 제2호의 경우 경도치매 진단자금이 지급된 후에 중등도치매 진단자금 지급사유가 발생한 경우에는 중등도치매 진단자금에서 경도치매 진단자금을 뺀 차액을 지급합니다. 또한, 중등도치매 진단자금이 지급된 후에 경도치매 진단자금의 지급사유가 발생한 경우에는 경

도치매 진단자금은 추가로 지급되지 않습니다.

⑥ 스마트치매전환형 계약의 보험기간 중 제3조(‘경도치매상태’, ‘중등도치매상태’ 및 ‘중증치매상태’의 정의 및 최종 진단 확정)에 따라 ‘경도의 인지기능의 장애’, ‘중등도의 인지기능의 장애’ 또는 ‘중증의 인지기능의 장애’로 최초 진단되고, 그 상태가 90일 이상 계속되어 보험기간이 만료된 후 각각 ‘경도치매상태’, ‘중등도치매상태’ 또는 ‘중증치매상태’로 최종 진단 확정되더라도 제5조(보험금의 지급사유) 제4항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑦ 제5조(보험금의 지급사유) 제4항 제1호, 제2호 및 제3호의 경우 경도치매 진단자금 또는 중등도치매 진단자금이 지급된 후에 중증치매 진단자금 지급사유가 발생한 경우에는 중증치매 진단자금에서 이미 지급한 보험금의 총 합계액을 뺀 차액 및 중증치매 간병자금을 지급합니다. 또한, 중증치매 진단자금이 지급된 후에 경도치매 진단자금 또는 중등도치매 진단자금의 지급사유가 발생한 경우에는 경도치매 진단자금 또는 중등도치매 진단자금은 추가로 지급되지 않습니다.

⑧ 제5조(보험금의 지급사유) 제4항 제4호에서 정한 중증치매 간병자금은 ‘중증치매상태’ 최종 진단 확정일로부터 매년 최종 진단 확정일에 살아있을 경우 지급하며, 피보험자가 매년 최종 진단 확정일에 살아있을 경우 해당연도에 대하여 매월 최종 진단 확정일에 중증치매 간병자금을 12개월동안 확정지급합니다. 단, 30년(360회)을 최대한도로 지급합니다.

⑨ 피보험자가 중증치매 간병자금 보증지급기간(‘중증치매상태’ 최종 진단 확정일을 1회로 하여 36회까지, 이하 ‘보증지급기간’이라 합니다) 중 사망한 경우에는 보증지급기간 이내에 지급받지 못한 중증치매 간병자금을 지급합니다.

⑩ 중증치매 간병자금 수령 중 보험기간이 종료되더라도 매년 ‘중증치매상태’ 최종 진단 확정일에 피보험자가 살아있을 경우 해당월 중증치매 간병자금은 보험기간 만기와 관계없이 최대 360회까지 지급합니다. 다만, 해당월에 ‘중증치매상태’ 최종 진단 확정일이 없는 경우 해당월의 말일을 중증치매 최종 진단 확정일로 합니다.

⑪ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유) 제4항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우

특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 제5조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제3항에서 정한 사망보험금을 지급합니다.

나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 제5조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제3항에서 정한 사망보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조 장기유지보너스에 관한 사항

- ① 회사는 제2조(용어의 정의) 제8호 '가'목에서 정한 장기유지보너스 가산대상 계약에 한하여 장기유지보너스 가산일에 장기유지보너스 가산금액을 추가납입보험료에 의한 적립금에 가산하여 드립니다. 다만 장기유지보너스 가산금액은 추가납입보험료가 아니므로 제2조(용어의 정의) 제5호 '나'목에서 정한 추가납입보험료로 보지 않습니다.
- ② 계약자가 보장형 계약의 보험가입금액을 감액하거나 적립형 계약 또는 스마트치매전환형 계약으로 일부 전환할 경우에는 감액 또는 전환 이후 보험가입금액 및 기본보험료를 기준으로 장기유지보너스 가산을 적용합니다.

제 10 조 납입완료보너스에 관한 사항

- ① 회사는 보장형 계약에 한하여 납입완료보너스 가산일에 납입완료보너스 가산금액을 추가납입보험료에 의한 적립금에 가산하여 드립니다. 다만 납입완료보너스 가산금액은 추가납입보험료가 아니므로 제2조(용어의 정의) 제5호 '나'목에서 정한 추가납입보험료로 보지 않습니다.
- ② 계약자가 보장형 계약의 보험가입금액 또는 특약의 보험가입금액을 감액하거나 적립형 계약 또는 스마트치매전환형 계약으로 일부 전환할 경우에는 감액 또는 전환 이후 주계약 기본보험료 및 비갱신형 특약보험료를 기준으로 납입완료보너스 대상보험료를 적용합니다.

제 11 조 보험금 지급사유의 발생통지

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제4항에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 12 조 보험금 등의 청구

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)
 3. 스마트치매전환형 계약의 경우, '경도치매상태', '중등도치매상태' 및 '중증치매상태'에 대한 진단서 및 피보험자의 생존사실을 증명할 수 있는 피보험자의 주민등록등본 등
 4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서를 포함하며, 이하 '신분증'이라 합니다)
 5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 또는 스마트치매전환형 계약의 보험수익자가 제3조('경도치매상태', '중등도치매상태' 및 '중증치매상태'의 정의 및 최종 진단 확정)에서 정한 '중증치매상태'인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.
1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
 2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
 3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서
- ③ 제1항 제2호의 사고증명서 및 제3호의 진단서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 스마트치매전환형 계약의 경우, 계약자가 제60조(지정대리청구인의 지정)에서 정한 지정대리청구인을 지정한 경우 회사는 성년후견인이 보험금을 청구하도록 요구할 수 없습니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 13 조 보험금 등의 지급절차

- ① 회사는 제12조(보험금 등의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제5조(보험금의 지급사유) 제4항 제4호의 중증치매 간병자금 중 제2회 이후의 중증치매 간병자금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 6 참조)과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 제1항의 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제12조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제14항에 따라 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급 제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제19조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제2항의 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제 14 조 보험금 받는 방법의 변경

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제5조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제3항에 따른 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제5조(보험금의 지급사유) 제4항 제4호에 따른 중증치매 간병자금(보증지급기간에 해당하는 금액 중 지급되지 않은 잔여 보증지급금액 또는 매년 '중증치매상태' 최종 진단 확정일에 생존하여 해당연도 중증치매 간병자금의 12개월 확정지급금액 중 미지급된 금액)의 전부 또는 일부에 대하여 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 '평균공시이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는

‘평균공시이율’을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

④ 회사는 제2항에 따라 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에 한해 ‘평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액’과 ‘산출이율을 연단위 복리로 할인한 금액’ 중 큰 금액을 지급합니다.

제 15 조 주소변경통지

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

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

제 16 조 보험수익자의 지정

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

제 17 조 대표자의 지정

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

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

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【‘계약자의 책임’의 예시】

제11조(보험금 지급사유 발생통지), 제12조(보험금 등의 청구), 제15조(주소변경통지), 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시), 제29조(제2회 이후 보험료의 납입) 등

【연대(連帶)】

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

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 18 조 계약 전 알릴 의무

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

제 19 조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제18조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하

지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때

3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때

4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)

5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때

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

② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제46조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제18조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

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

【계약 전 알릴 의무 위반 사례】

계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제 20 조 사기에 의한 계약

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

② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자적립금의 인출이 있을 경우 이를 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

③ 보험료 납입이 면제된 경우, 제2항의 ‘이미 납입한 보험료’는 계약자가 실제로 납입한 보험료(계약자적립금의 인출이 있을 경우 이를 차감한 금액)로 합니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제 21 조 보험계약의 성립

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

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

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

- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제33조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 22 조 청약의 철회

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회(撤回)할 수 있습니다. 다만, 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 청약을 철회할 수 없습니다.
1. 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약
 2. 청약을 한 날부터 30일을 초과한 경우. 다만, 청약시점에 만 65세 이상인 계약자가 전화를 이용하여 계약을 체결한 경우 '청약을 한 날부터 45일을 초과한 경우'로 합니다.

【전문금융소비자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

- ② 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.
- ③ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 **납입한 보험료 전액**을 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율(이하 '보험계약대출이율'이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- ④ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제 23 조 약관교부 및 설명의무 등

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

3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 인하여 민법의 규정에 의한 상속순서에 따라 상속받는 자

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자적립금의 인출이 있을 경우 이를 차감한 금액)를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

⑥ 보험료 납입이 면제된 경우, 제5항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료(계약자적립금의 인출이 있을 경우 이를 차감한 금액)로 합니다.

제 24 조 계약의 무효

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자적립금의 인출이 있을 경우 이를 차감한 금액)를 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우

다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

2. 만 15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우.

다만, 심신박약자(心神薄弱者)가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【심신상실자, 심신박약자】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력 또는 의사를 결정할 능력이 없거나 부족한 자

② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료(계약자 적립금의 인출이 있을 경우 이를 차감한 금액)로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우

2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 25 조 계약내용의 변경 등

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험료의 납입방법

2. 보장형 계약의 보험가입금액

3. 적립형 계약의 기본보험료

4. 스마트전환형 계약의 보험가입금액

5. 스마트치매전환형 계약의 보험가입금액

6. 계약자

7. 기타 계약의 내용

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

【설명】

계약자가 회사에 보험수익자가 변경되었음을 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 계약자로부터 보험수익자 변경에 관한 통지를 받지 못하여 변경 전 보험수익자에게 해당 보험금을 지급한 경우 회사는 변경된 보험수익자에게 해당 보험금을 다시 지급할 책임을 부담하지 않습니다.

③ 회사는 계약자가 제1항 제2호에 따라 보장형 계약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 감액된 부분은 감액신청시 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제46조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

④ 제3항에 따라 계약자가 보장형 계약의 보험가입금액을 감액 신청한 경우 보장형 계약의 사망보험금 계산시 적용하는 보장형 계약의 '이미 납입한 보험료' 및 '기준사망보험금'은 다음과 같습니다.

1. 감액신청 직후의 보장형 계약의 '이미 납입한 보험료' =

감액신청 직전 보장형 계약의 '이미 납입한 보험료' × (감액신청 직후 보장형 계약의 보험가입금액 / 감액신청 직전 보장형 계약의 보험가입금액)

2. 감액신청 직후의 보장형 계약의 '기준사망보험금' =

감액신청 직전 보장형 계약의 '기준사망보험금' × (감액신청 직후 보장형 계약의 보험가입금액 / 감액신청 직전 보장형 계약의 보험가입금액)

⑤ 회사는 계약자가 제1항 제3호에 따라 적립형 계약의 기본보험료를 감액하고자 할 때에는 추가납입보험료도 동일한 비율로 감액합니다.

⑥ 제5항에 따라 계약자가 적립형 계약의 기본보험료를 감액 신청한 경우 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제18항에 따른 적립형 계약의 사망보험금 지급시 적용하는 '이미 납입한 보험료'는 다음과 같습니다.

- 감액신청 직후의 적립형 계약의 '이미 납입한 보험료' =

감액신청 직전 적립형 계약의 '이미 납입한 보험료' × (감액신청 직후 적립형 계약의 기본보험료/감액신청 직전 적립형 계약의 기본보험료)

⑦ 제1항 제3호 및 제5항에 따라 적립형 계약의 기본보험료 및 추가납입보험료를 감액하고자 할 때 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제46조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험료 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

⑧ 회사는 계약자가 제1항 제4호에 따라 스마트전환형 계약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 감액된 부분은 감액신청시 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제46조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

⑨ 제8항에 따라 계약자가 스마트전환형 계약의 보험가입금액을 감액 신청한 경우 스마트전환형 계약의 사망보험금 계산시 적용하는 스마트전환형 계약의 '이미 납입한 보험료' 및 '기준사망보험금'은 다음과 같습니다.

1. 감액신청 직후의 스마트전환형 계약의 '이미 납입한 보험료' =

감액신청 직전 스마트전환형 계약의 '이미 납입한 보험료' × (감액신청 직후 스마트전환형 계약의 보험가입금액/감액신청 직전 스마트전환형 계약의 보험가입금액)

2. 감액신청 직후의 스마트전환형 계약의 '기준사망보험금' =

감액신청 직전 스마트전환형 계약의 '기준사망보험금' × (감액신청 직후 스마트전환형 계약의 보험가입금액/감액신청 직전 스마트전환형 계약의 보험가입금액)

⑩ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 스마트치매전환형 계약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제46조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 제5조(보험금의 지급사유) 제4항 제4호의 중증치매 간병자금이 지급된 후에는 스마트치매전환형 계약의 보험가입금액을 감액할 수 없습니다.

⑫ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑬ 회사는 제1항 제6호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제 26 조 보험나이

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제24조(계약의 무효) 제1항 제2호의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일(적립형 계약, 스마트전환형 계약 및 스마트치매전환형 계약의 경우 전환일) 현재 피보험자의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

【 매년 계약 해당일 】

제2차년도 이후 매년의 계약일과 동일한 월, 일.

다만, 해당 월에 동일한 일이 없는 경우에는 해당 월의 말일

③ 청약서류상 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 사실과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【 보험나이 계산 예시 】

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2018년 4월 13일

⇒ 2018년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 29년 6월 11일 = 30세

제 27 조 계약의 소멸

- ① 피보험자에게 보험기간 중 제5조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제3항에서 정한 사망보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.
- ② 스마트치매전환형 계약의 경우 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, '중증치매상태'로 제5조(보험금의 지급사유) 제4항 제4호에서 정하는 중증치매 간병자금을 지급받은 후 사망한 경우 별도로 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제12조(보험금 등의 청구)에 따라 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제13조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.
- ④ 스마트치매전환형 계약의 피보험자가 보험기간 중 제5조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정하는 보험금의 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 28 조 제1회 보험료 및 회사의 보장개시

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제18조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제19조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우
다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 재해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다. 다만, 회사는 그 한도액을 초과하여 청약된 부분에 대한 보험료를 돌려 드립니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 스마트치매전환형 계약의 경우 제3조('경도치매상태', '중등도치매상태' 및 '중증치매상태'의 정의 및 최종 진단 확정)에서 정한 '경도치매상태', '중등도치매상태' 및 '중증치매상태'의 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 '라'목의 '치매보장개시일'로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

제 29 조 제2회 이후 보험료의 납입

- ① 보장형 계약의 경우 계약자는 제2회 이후의 기본보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다. 또한, 계약자의 선택에 따라 가입 후부터 추가납입보험료의 납입한도 내에서 추가납입보험료를 납입할 수 있습니다.

다.

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

- ② 적립형 계약의 경우 계약자는 적립형 계약 전환 이후의 보험료를 적립형 계약 전환 후부터 보험료 납입한도 내에서 보험기간 중 자유롭게 납입할 수 있으며, 월대체보험료를 공제할 수 있을 경우 보험료를 납입하지 않을 수도 있습니다.
- ③ 적립형 계약의 경우 기본보험료 및 특약보험료를 납입하지 않을 경우 계약자에게 다음 사항을 안내합니다.
 - 1. 제2조(용어의 정의) 제5호 '라'목에서 정한 월대체보험료의 개념 및 월대체보험료 공제에 따라 계약자적립금은 감소될 수 있다는 사실
 - 2. 월대체보험료를 충당할 수 없는 경우 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약은 해지된다는 사실
 - 3. 보험료를 납입하지 않은 기간 동안의 월대체보험료 및 해지환급금
 - 4. 계속하여 보험료를 납입하지 않는 경우 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액 기준, 특약의 해지환급금은 제외)에서 월대체보험료로 충당 가능한 개월수
- ④ 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 계약자는 회사에 납입된 총 납입보험료가 제2조(용어의 정의) 제5호 '다'목 및 '바'목에서 정한 보험료 납입한도에 도달한 경우에는 더 이상 보험료를 납입할 수 없습니다.
- ⑥ 보장형 계약에서 보험료를 선납할 경우에는 당월분 포함 12개월분 이하의 기본보험료를 선납할 때에 한하며, 기본보험료의 배수로 납입하여야 합니다.
- ⑦ 제6항의 선납보험료는 납입일부터 이 보험의 공시이율로 적립합니다. 다만, 선납보험료를 공시이율로 계산한 이자는 해당월 월계약해당일에 추가납입보험료에 의한 적립금으로 적립하며, 선납보험료를 공시이율로 계산한 이자는 추가납입보험료가 아니므로 제2조(용어의 정의) 제5호 '나'목에서 정한 추가납입보험료로 보지 않습니다.
- ⑧ 특약보험료의 경우 제6항에 따른 기본보험료의 배수와 동일한 배수에 해당하는 금액을 제6항에 따른 선납보험료와 함께 납입하여야 합니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고, 3개월분 이상을 선납하는 경우 특약보험료는 각 특약의 평균공시이율로 할인하여 제6항에 따른 선납보험료와 함께 납입하여야 합니다.

제 30 조 보장형 계약의 보험료의 자동대출납입

- ① 보장형 계약의 경우 계약자는 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제48조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 더한 금액이 해지환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제46조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함)등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제 31 조 월공제액 및 월대체보험료의 공제

- ① 보장형 계약의 경우 보험료 납입경과기간(납입기간×12회 납입) 이내에는 제2조(용어의 정의) 제5호 '더'목 '(1)'에 따라 월공제액을 공제하며, 보험료 납입경과기간(납입기간×12회 납입)이 지난 후에는 매월 월계약해당일에 제2조(용어의 정의) 제5호 '더'목 '(2)'에 따라 월공제액을 공제합니다.
- ② 적립형 계약의 경우 매월 월계약해당일에 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액 기준, 특약의 해지환급금은 제외)에서 월대체보험료를 공제합니다.
- ③ 스마트전환형 계약의 경우 매월 월계약해당일에 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액 기준, 특약의 해지환급금은 제외)에서 월대체보험료를 공제합니다.

【보장형 계약 월공제액 공제 예시】

예1) 계약일 : 7월 15일, 보험료 납입일 : 매월 20일

⇒ 납입경과기간 이내 매월 20일, 납입경과기간이 지난 후 매월 15일 월공제액 공제

예2) 계약일 : 7월 15일, 보험료 납입일 : 매월 10일

⇒ 매월 15일 월공제액 공제

제 32 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지

- ① 보장형 계약의 경우 다음의 각 호에 대하여 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정합니다.
 1. 보험료 납입경과기간(납입기간×12회 납입) 이내 : 계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체중인 경우
 2. 보험료 납입경과기간(납입기간×12회 납입)이 지난 후 : 계약자적립금의 인출 등의 사유로 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액기준, 특약의 해지환급금은 제외)에서 월공제액을 공제할 수 없게 된 경우
- ② 적립형 계약에서 적립형 계약의 월대체보험료를 공제할 수 없게 된 경우에는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정합니다.
- ③ 스마트전환형 계약에서 전환 이후 계약자적립금의 인출 등의 사유로 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액기준, 특약의 해지환급금은 제외)에서 월대체보험료를 공제할 수 없게 된 경우에는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정합니다.
- ④ 회사는 아래 사항에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ⑤ 회사가 제1항 내지 제4항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항 내지 제4항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ⑥ 제1항 내지 제4항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제46조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑦ 스마트전환형 계약[보증비용부과형](해지환급금 미보증)의 경우 제6항에도 불구하고, 최저사망보험금

보증기간동안 최저사망보험금을 보장하며, 보험금 지급과 관련된 사항은 해지 전 약관에서 정한 사항을 준용합니다. 최저사망보험금 보증기간 동안에는 추가납입보험료를 납입할 수 없으며, 최저사망보험금 보증기간이 끝나는 날의 다음 날 이 계약은 더 이상 효력이 없습니다.

제 33 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)

① 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 다음의 금액에 연체된 기간 동안의 이 계약의 공시이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입연체로 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않는 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것

1. 보장형 계약

가. 보험료 납입경과기간(납입기간×12회 납입) 이내에 실효된 경우

보험료 납입경과기간까지는 연체된 기본보험료와 특약보험료(특약부활(효력회복)시)의 합계액 이상의 금액, 보험료 납입경과기간 이후 부활(효력회복)을 청약한 날까지는 연체된 월공제액 및 특약보험료(특약부활(효력회복)시) 이상의 금액

나. 보험료 납입경과기간(납입기간×12회 납입)이 지난 후에 실효된 경우

부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 월공제액 및 특약보험료(특약부활(효력회복)시) 이상의 금액

2. 스마트전환형 계약

부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 월대체보험료(다만, 연금선지급기간 중 연체된 특약보험료 포함) 이상의 금액

3. 적립형 계약

부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 월대체보험료, 납입유지비용 및 기타비용 이상의 금액

다만, 매월 납입하기로 한 기본보험료와 특약보험료(특약부활(효력회복)시) 합계액의 배수로만 납입하여야 합니다.

② 제1항 제1호의 경우 보험료 납입경과기간(납입기간×12회 납입)이 지난 후 부활(효력회복)시 회사는 미공제된 월공제액을 공제합니다.

③ 제1항 제2호 및 제3호의 경우 회사는 미납된 월대체보험료를 공제하며, 보장형 계약 및 스마트전환형 계약의 기본보험금액은 계약이 해지된 시점의 기본보험금액을 기준으로 합니다.

④ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제18조(계약 전 알릴 의무), 제19조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제20조(사기에 의한 계약), 제21조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항, 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

⑤ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제18조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제19조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 34 조 강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)

① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제25조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 6 관 적립형 계약 전환

제 35 조 적립형 계약 전환 신청 및 취소

- ① 계약자는 보장형 계약이 다음 각 호를 모두 만족하는 경우 보장형 계약의 전부 또는 일부를 적립형 계약으로 전환하여 줄 것을 1회에 한하여 회사에 신청할 수 있습니다.
 - 가. 보험료 납입기간이 경과한 계약
 - 나. 연금전환특약에 따라 연금전환되지 않은 계약
 - 다. 사망보험금 연금선지급서비스특칙에 따라 연금선지급이 개시되지 않은 계약(다만, 연금선지급이 개시된 이후 연금선지급이 완료되거나 제70조(특칙내용의 변경) 제1항에 따라 연금선지급이 종료된 계약은 적립형 계약 전환을 신청할 수 있습니다)
 - 라. 제2조(용어의 정의) 제7호 '다'목에서 정한 보장형 계약의 전환신청 보험가입금액에 해당하는 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액기준, 주계약에 한하며 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액)이 1,000만원 이상일 경우
 - 마. 스마트전환형 계약으로 전환되지 않은 계약
- ② 제1항에 따라 보장형 계약의 전부 또는 일부를 적립형 계약으로 전환 신청하는 경우 계약자는 적립형 계약의 피보험자를 다음과 같이 선택하여야 합니다.
 - 가. 제2조(용어의 정의) 제7호 '나'목에서 정한 전부전환의 경우 제2조(용어의 정의) 제1호 '마'목 '(2)'에서 정한 1인
 - 나. 제2조(용어의 정의) 제7호 '가'목에서 정한 일부전환의 경우 보장형 계약의 피보험자
- ③ 제2항 '가'호에 따라 선택한 적립형 계약의 피보험자가 보장형 계약의 피보험자와 다를 경우에는 보장형 계약의 피보험자는 주계약 피보험자의 자격을 상실합니다. 다만, 부가된 특약의 피보험자는 변경되지 않습니다.
- ④ 보장형 계약에 피보험자가 보장형 계약 피보험자(가입자녀)인 특약이 부가되어 있는 경우 제2항 '가'호에 따라 선택하는 보장형 계약 피보험자(가입자녀)는 보장형 계약에 부가된 특약의 피보험자(가입자녀) 중 1인이어야 합니다.
- ⑤ 제2항 '가'호에 따라 선택하는 피보험자가 보장형 계약 피보험자(배우자) 또는 보장형 계약 피보험자(가입자녀)일 경우 제2항 '가'호에서 정한 보장형 계약 피보험자(배우자) 또는 보장형 계약 피보험자(가입자녀)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.
- ⑥ 제1항에 따라 보장형 계약을 적립형 계약으로 전환 신청하는 경우 계약자는 회사가 정한 양식에 따라 신청서를 작성하여야 하며, 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 적립형 계약의 기본보험료를 선택하여야 합니다.
- ⑦ 계약자는 제36조(적립형 계약 전환의 승낙 및 효력발생) 제2항에 따른 전환일 전일까지 적립형 계약 전환 신청을 취소할 수 있으며, 전환일 이후에는 취소할 수 없습니다.

제 36 조 적립형 계약 전환의 승낙 및 효력발생

- ① 제35조(적립형 계약 전환 신청 및 취소)에 따른 계약자가 전환을 신청한 경우 회사는 전환 신청일(다만, 건강진단을 받는 경우 진단일)부터 30일 이내에 적립형 계약으로의 전환을 승낙 또는 거절하여야 합니다. 그러나 전환 신청일(다만, 건강진단을 받는 경우 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ② 제1항에 따라 적립형 계약으로의 전환이 승낙된 경우 전환 신청일(다만, 건강진단을 받는 경우 진단일)부터 30일 이후 최초 도래하는 월계약해당일을 전환일로 보며, 전환일부터 이 약관이 정한 바에 따라 적립형 계약에 대하여 보장을 합니다.

- ③ 제2항에 따른 전환일에 적립형 계약의 계약자적립금은 다음과 같습니다.
- 가. 제2조(용어의 정의) 제7호 '나'목에서 정한 전부전환의 경우 보장형 계약의 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액기준, 주계약에 한함)
 - 나. 제2조(용어의 정의) 제7호 '가'목에서 정한 일부전환의 경우 제2조(용어의 정의) 제7호 '다'목에서 정한 보장형 계약의 전환신청 보험가입금액에 해당하는 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액기준, 주계약에 한하며 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액)
- ④ 제2조(용어의 정의) 제7호 '가'목에서 정한 일부전환의 경우, 보장형 계약의 보험가입금액은 아래에서 정한 방법에 따라 자동 변경됩니다.
- 일부전환 직후 '보장형 계약의 보험가입금액'
 - = 일부전환 직전 '보장형 계약의 보험가입금액' - 제2조(용어의 정의) 제7호 '다'목에서 정한 보장형 계약의 전환신청 보험가입금액
- ⑤ 제2항에 따른 전환일 당시 보장형 계약에 부가된 특약이 있는 경우 특약이 부가된 주계약은 제2조(용어의 정의) 제7호 '나'목에서 정한 전부전환시 적립형 계약, 제2조(용어의 정의) 제7호 '가'목에서 정한 일부전환시 보장형 계약으로 합니다.
- ⑥ 제1항, 제2항 및 제35조(적립형 계약 전환 신청 및 취소)에 따라 보장형 계약을 적립형 계약으로 전환시 같은 조 제2항에 따라 선택하는 피보험자가 보장형 계약 피보험자(배우자) 또는 보장형 계약 피보험자(가입자녀)일 경우 제8조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제18조(계약 전 알릴 의무), 제19조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제20조(사기에 의한 계약) 및 제21조(보험계약의 성립) 제2항을 준용합니다.
- ⑦ 제1항에 따라 적립형 계약으로의 전환이 승낙된 경우 회사는 피보험자 및 전환일 등을 보험증권에 기재하여 드립니다.

제 7 관 스마트전환형 계약 전환

제 37 조 스마트전환형 계약 전환 신청 및 취소

- ① 계약자는 보장형 계약이 다음 각 호를 모두 만족하는 경우 보장형 계약의 전부를 스마트전환형 계약 [보증비용부과형](해지환급금 보증) 또는 스마트전환형 계약[보증비용부과형](해지환급금 미보증)으로 전환하여 줄 것을 1회에 한하여 회사에 신청할 수 있습니다.
- 가. 보험료 납입기간이 경과한 계약
 - 나. 연금전환특약에 따라 연금전환되지 않은 계약
 - 다. 사망보험금 연금선지급서비스특칙에 따라 연금선지급이 개시되지 않은 계약(다만, 연금선지급이 개시된 이후 연금선지급이 완료되거나 제70조(특칙내용의 변경) 제1항에 따라 연금선지급이 종료된 계약은 스마트전환형 계약 전환을 신청할 수 있습니다)
 - 라. 제2조(용어의 정의) 제5호 '자'목에서 정한 전환금액이 500만원 이상일 경우
 - 마. 보장형 계약의 전부 또는 일부가 적립형 계약으로 전환되지 않은 계약
- ② 제1항에 따라 보장형 계약의 전부를 스마트전환형 계약으로 전환 신청하는 경우 계약자는 스마트전환형 계약의 피보험자를 제2조(용어의 정의) 제1호 '마'목 '(3)'에서 정한 1인을 선택해야 합니다.
- ③ 제2항에 따라 스마트전환형 계약의 피보험자를 선택한 경우 보장형 계약의 피보험자는 주계약 피보험자의 자격을 상실합니다. 다만, 부가된 특약의 피보험자는 변경되지 않습니다.
- ④ 보장형 계약에 피보험자가 보장형 계약 피보험자(가입자녀)인 특약이 부가되어 있는 경우 제2항에 따라 선택하는 보장형 계약 피보험자(가입자녀)는 보장형 계약에 부가된 특약의 피보험자(가입자녀) 중 1인이어야 합니다.
- ⑤ 제2항에 따라 선택하는 피보험자가 보장형 계약 피보험자(배우자) 또는 보장형 계약 피보험자(가입자녀)일 경우 제2항에서 정한 보장형 계약 피보험자(배우자) 또는 보장형 계약 피보험자(가입자녀)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.
- ⑥ 제1항에 따라 보장형 계약을 스마트전환형 계약으로 전환 신청하는 경우 계약자는 회사가 정한 양식에 따라 신청서를 작성하여야 하여야 합니다.

⑦ 계약자는 제38조(스마트전환형 계약 전환의 승낙 및 효력발생) 제2항에 따른 전환일 전일까지 스마트 전환형 계약 전환 신청을 취소할 수 있으며, 전환일 이후에는 취소할 수 없습니다.

제 38 조 스마트전환형 계약 전환의 승낙 및 효력발생

- ① 제37조(스마트전환형 계약 전환 신청 및 취소)에 따른 계약자가 전환을 신청한 경우 회사는 전환 신청일(다만, 건강진단을 받는 경우 진단일)부터 30일 이내에 스마트전환형 계약으로의 전환을 승낙 또는 거절하여야 합니다. 그러나 전환 신청일(다만, 건강진단을 받는 경우 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ② 제1항에 따라 스마트전환형 계약으로의 전환이 승낙된 경우 전환 신청일(다만, 건강진단을 받는 경우 진단일)부터 30일 이후 최초 도래하는 월계약해당일을 전환일로 보며, 전환일부터 이 약관이 정한 바에 따라 스마트전환형 계약에 대하여 보장을 합니다.
- ③ 제2항에 따른 전환일에 스마트전환형 계약의 보험가입금액은 전환금액을 일시납보험료로 하여 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 합니다.
- ④ 제2항에 따른 전환일 당시 보장형 계약에 부가된 특약이 있는 경우 특약이 부가된 주계약은 스마트전환형 계약으로 합니다.
- ⑤ 제1항, 제2항 및 제37조(스마트전환형 계약 전환 신청 및 취소)에 따라 보장형 계약을 스마트전환형 계약으로 전환시 같은 조 제2항에 따라 선택하는 피보험자가 보장형 계약 피보험자(배우자) 또는 보장형 계약 피보험자(가입자녀)일 경우 제8조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제18조(계약 전 알릴 의무), 제19조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제20조(사기에 의한 계약) 및 제21조(보험계약의 성립) 제2항을 준용합니다.
- ⑥ 제1항에 따라 스마트전환형 계약으로의 전환이 승낙된 경우 회사는 피보험자 및 전환일 등을 보험증권에 기재하여 드립니다.

제 8 관 스마트치매전환형 계약 전환

제 39 조 스마트치매전환형 계약 전환 신청 및 취소

- ① 계약자는 보장형 계약 또는 스마트전환형 계약이 다음 각 호를 모두 만족하는 경우 보장형 계약 또는 스마트전환형 계약의 일부를 스마트치매전환형 계약으로 전환하여 줄 것을 각각 1회에 한하여 회사에 신청할 수 있습니다.
 - 가. 보험료 납입기간이 경과한 계약
 - 나. 연금전환특약에 따라 연금전환되지 않은 계약
 - 다. 사망보험금 연금선지급서비스특칙에 따라 연금선지급이 개시되지 않은 계약(다만, 연금선지급이 개시된 이후 연금선지급이 완료되거나 제70조(특칙내용의 변경) 제1항에 따라 연금선지급이 종료된 계약은 스마트치매전환형 계약 전환을 신청할 수 있습니다)
 - 라. 보장형 계약 또는 스마트전환형 계약의 전환시 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액기준, 주계약에 한하며 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액)이 제2조(용어의 정의) 제5호 '파'목에서 정한 스마트치매전환형 계약의 보험료를 초과할 경우
 - 마. 제40조(스마트치매전환형 계약 전환의 승낙 및 효력발생) 제4항에서 정한 '전환 직후 '보장형계약 또는 스마트전환형 계약'의 보험가입금액'이 10만원 이상일 경우
- ② 제1항에 따라 보장형 계약의 일부를 스마트치매전환형 계약으로 전환 신청하는 경우 계약자는 스마트치매전환형 계약의 피보험자를 제2조(용어의 정의) 제1호 '마'목 '(4)' '㉞' 내지 '㉟'에서 정한 1인을 선택해야 합니다.
- ③ 제1항에 따라 스마트전환형 계약의 일부를 스마트치매전환형 계약으로 전환 신청하는 경우 계약자는 스마트치매전환형 계약의 피보험자를 제2조(용어의 정의) 제1호 '마'목 '(4)' '㉟' 내지 '㊱'에서 정한 1인을 선택해야 합니다.
- ④ 보장형 계약에 피보험자가 보장형 계약 피보험자(가입자녀)인 특약이 부가되어 있는 경우 제2항에 따

라 선택하는 보장형 계약 피보험자(가입자녀)는 보장형 계약에 부가된 특약의 피보험자(가입자녀) 중 1인
이어야 합니다.

⑤ 제1항에 따라 보장형 계약 또는 스마트전환형 계약을 스마트치매전환형 계약으로 전환 신청하는 경우
계약자는 회사가 정한 양식에 따라 신청서를 작성하여야 하여야 합니다.

⑥ 계약자는 제40조(스마트치매전환형 계약 전환의 승낙 및 효력발생) 제2항에 따른 전환일 전일까지 스
마트치매전환형 계약 전환 신청을 취소할 수 있으며, 전환일 이후에는 취소할 수 없습니다.

제 40 조 스마트치매전환형 계약 전환의 승낙 및 효력발생

① 제39조(스마트치매전환형 계약 전환 신청 및 취소)에 따른 계약자가 전환을 신청한 경우 회사는 전환
신청일(다만, 건강진단을 받는 경우 진단일)부터 30일 이내에 스마트치매전환형 계약으로의 전환을 승낙
또는 거절하여야 합니다. 그러나 전환 신청일(다만, 건강진단을 받는 경우 진단일)부터 30일 이내에 승낙
또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

② 제1항에 따라 스마트치매전환형 계약으로의 전환이 승낙된 경우 전환 신청일(다만, 건강진단을 받는
경우 진단일)부터 30일 이후 최초 도래하는 월계약해당일을 전환일로 보며, 전환일부터 이 약관이 정한
바에 따라 스마트치매전환형 계약에 대하여 보장을 합니다.

③ 제2항에 따른 전환일에 스마트치매전환형 계약의 일시납보험료는 전환 신청 시 설정한 스마트치매전
환형 계약의 보험가입금액을 기준으로 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 합니다.

④ 스마트치매전환형 계약으로 전환시 '보장형 계약 또는 스마트전환형 계약'의 보험가입금액은 아래에서
정한 방법에 따라 자동 변경됩니다.

- 스마트치매전환형 계약의 전환비율(이하 '전환비율'이라 합니다.)

= (스마트치매전환형 계약의 일시납보험료 /

전환 직전 보장형계약 또는 스마트전환형 계약의 해지환급금)

- 전환 직후 '보장형 계약 또는 스마트전환형 계약'의 보험가입금액

= (전환 직전 '보장형 계약 또는 스마트전환형 계약'의 보험가입금액) × (1-전환비율)

⑤ 제2항에 따른 전환일 당시 보장형 계약 또는 스마트전환형 계약에 부가된 특약이 있는 경우 특약이
부가된 주계약은 보장형계약 또는 스마트전환형 계약으로 합니다.

⑥ 제1항, 제2항 및 제39조(스마트치매전환형 계약 전환 신청 및 취소)에 따라 보장형 계약 또는 스마트
전환형 계약을 스마트치매전환형 계약으로 전환시 제8조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제18조(계약 전
알릴 의무), 제19조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제20조(사기에 의한 계약) 및 제21조(보험계약의 성
립) 제2항을 준용합니다.

⑦ 제1항에 따라 스마트치매전환형 계약으로의 전환이 승낙된 경우 회사는 피보험자 및 전환일 등을 보
험증권에 기재하여 드립니다.

제 41 조 스마트치매전환형 계약의 전환전계약으로의 환원

스마트치매전환형 계약이 다음 중 한가지에 해당될 경우에는 그 날부터 제40조(스마트치매전환형 계약
전환의 승낙 및 효력발생)의 규정에도 불구하고 전환되지 않은 것으로 하며 전환전계약(보장형계약 또는
스마트전환형 계약)의 약관규정을 적용합니다.

1. 스마트치매전환형 계약으로 전환된 이후 스마트치매전환형 계약의 피보험자가 전환일부터 그 날을
포함하여 '치매보장개시일' 전일 이전에 '경도치매상태' 또는 '중등도치매상태'가 발생되어, 계약자가
약관에서 정한 바에 따라 계약의 취소를 선택한 경우

2. 스마트치매전환형 계약으로 전환된 이후 스마트치매전환형 계약의 피보험자가 전환일부터 그 날을
포함하여 '치매보장개시일' 전일 이전에 '중증치매상태'가 발생된 경우

제 9 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 42 조 '계약자의 임의해지' 및 '피보험자의 서면동의 철회권'

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제46조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 스마트치매전환형 계약의 경우 제5조(보험금의 지급사유) 제4항 제4호의 중증치매 간병자금이 지급된 후에는 계약을 해지할 수 없습니다.
- ② 제24조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래에 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제46조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 42 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일로부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제46조(해지환급금) 제10항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 43 조 중대사유로 인한 해지

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

【예시】

예를 들어, 입원을 보장하는 보험상품에 가입한 피보험자가 10일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 입원일수 10일을 기준으로 계산한 보험금은 지급합니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제46조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 44 조 회사의 파산선고와 해지

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제46조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 드립니다.

제 45 조 공시이율의 적용 및 공시[보장형 계약, 적립형 계약 및 스마트전환형 계약에 한함]

- ① 이 계약에 적용되는 공시이율은 매월 1일 회사가 정하며 한달간 적용됩니다.
- ② 보장형 계약, 적립형 계약 및 스마트전환형 계약은 제1항의 공시이율을 각각 계산하여 적용합니다. 보

장형 계약, 적립형 계약 및 스마트전환형 계약에 적용되는 공시이율의 최저보증이율은 다음과 같습니다.

1. 보장형 계약 및 스마트전환형 계약 : 보장형 계약의 계약일로부터 3년 이내에는 연복리 1.0%, 3년 초과 5년 이내에는 연복리 0.75%, 5년을 초과하는 경우에는 연복리 0.5%를 적용합니다.
 2. 적립형 계약 : 보장형 계약의 계약일로부터 3년 이내에는 연복리 1.2%, 3년 초과 5년 이내에는 연복리 0.75%, 5년을 초과하는 경우에는 연복리 0.5%를 적용합니다.
- ③ 제1항의 공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 객관적인 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정합니다.
- ④ 회사는 제1항 내지 제3항에서 정한 공시이율 및 산출방법 등을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

【 공시이율 】

회사가 장래 보험금 지급을 위하여 납입보험료의 일정 부분을 적립해 가는데, 이때 적용하는 이율을 의미합니다. 이 보험의 공시이율은 회사의 운용자산이익률, 객관적인 외부지표금리(국고채 수익률 등 시중금리) 및 향후 운용수익률 예측분을 혼합하여 일정기간마다 산출하여 공시하고 있습니다.

【최저보증이율】

운용자산이익률 및 시중금리가 하락되더라도 회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율을 말합니다. 예를 들어, 공시이율을 적용하여 적립하는 금액은 공시이율이 0.25%인 경우, 공시이율(0.25%)이 아닌 최저보증이율(보장형 계약 및 스마트전환형 계약의 경우에는 보장형 계약의 계약일로부터 3년 이내에는 연복리 1.0%, 3년 초과 5년 이내에는 연복리 0.75%, 5년 초과시 연복리 0.5%, 적립형 계약의 경우에는 보장형 계약의 계약일로부터 3년 이내에는 연복리 1.2%, 3년 초과 5년 이내에는 연복리 0.75%, 5년 초과시 연복리 0.5%)로 적립됩니다.

제 46 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 회사는 보장형 계약 해지환급금 일부지급형(납입기간중 50%)의 계약이 해지될 경우에는 아래의 금액을 해지환급금으로 지급합니다.

가. 보험료 납입기간 중

「조정해지환급금」 + 가산적립금 + 추가적립금

- 조정해지환급금 = 보장형 계약 표준형의 예정기본해지환급금 × 50%

나. 보험료 납입기간 후

해지환급금 일부지급형(납입기간중 50%) 계약의 보험료적립금

- ③ 회사는 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 제2항 '가'호에서 정한 금액을 해지환급금으로 지급합니다.

【보장형 계약 해지환급금 일부지급형의 해지환급금에 관한 사항】

1. 해지환급금 일부지급형(납입기간중 50%)은 “해지환급금 일부지급형”상품으로 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 표준형의 해지환급금 대비 적은 해지환급금을 지급하는 대신 표준형보다 낮은 보험료로 종신보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. 표준형 상품은 보험료 및 해지환급금(환급률 포함)의 비교 안내만을 위한 상품으로 가입이 불가능하며, 표준형 상품의 해지환급금은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

- ④ 제2항의 경우 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험료 납입기간 후라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일부턴의 기간을 말합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】

계약일 : 2018년 4월 1일, 납입기간 : 20년납

⇒ 보험료 납입기간 중

: 2018년 4월 1일부터 2038년 3월 31일까지의 기간

- ⑤ 회사는 보장형 계약 체결시 해지환급금 일부지급형(납입기간중 50%) 및 표준형의 보험료 및 해지환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.
- ⑥ 보장형 계약, 적립형 계약 및 스마트전환형 계약의 해지환급금 계산시 적용되는 공시이율은 제45조(공시이율의 적용 및 공시)에서 정한 이율로 합니다.
- ⑦ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 6 참조)에 따릅니다.
- ⑧ 보장형 계약의 해지환급금 지급사유가 발생한 경우 장기유지보너스 준비금 및 납입완료보너스 준비금을 계약자에게 지급하지 않습니다. 다만, 제44조(회사의 파산선고와 해지)에 따라 계약이 해지된 경우에는 계약이 해지된 시점의 장기유지보너스 준비금 및 납입완료보너스 준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑨ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ⑩ 제42조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금(보험료적립금을 말하며, 스마트전환형 계약[보증비용부과형](해지환급금 미보증) 및 적립형 계약의 경우 계약자적립금, 스마트치매전환형 계약의 경우 책임준비금)을 반환하여 드립니다.

제 47 조 계약자적립금의 인출[보장형 계약, 적립형 계약 및 스마트전환형 계약에 한함]

- ① 계약자는 계약일로부터 1개월 경과 이후(적립형 계약 및 스마트전환형 계약의 경우에는 전환일 이후)부터 보험기간 중에 회사가 정한 기준에 따라 보장형 계약, 적립형 계약 및 스마트전환형 계약 각각에 대하여 보험년도 기준 연12회까지 계약자적립금을 인출할 수 있으며, 1회당 인출가능금액은 다음과 같습니다.
 - 1. 보장형 계약의 경우
 - 보험료 납입기간 이내: 추가납입보험료에 의한 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액 기준)의 50% 범위 내
 - 보험료 납입기간 이후: 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액 기준, 특약의 해지환급금은 제외)의 50% 범위 내
 - 2. 적립형 계약 및 스마트전환형 계약의 경우
 - 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액 기준, 특약의 해지환급금은 제외)의 50% 범위 내

【보험년도】

보험계약일로부터 다음연도 보험계약일 전일까지 매1년 단위의 연도. 예를 들어, 보험계약일이 2014년 7월 15일인 경우 보험년도는 7월 15일부터 다음연도 7월 14일까지 1년

- ② 인출금액은 10만원 이상으로 합니다. 다만, 보장형 계약의 총 인출금액은 계약자가 실제 납입한 보험료 총액(단, 특약보험료 제외)을 초과할 수 없으며, 스마트전환형 계약의 총 인출금액은 전환금액(전환이후 추가납입보험료 포함)을 초과할 수 없습니다.
- ③ 인출시 수수료는 인출금액의 0.2%이내(2,000원 한도)로 합니다. 다만, 보장형 계약, 적립형 계약 및 스마트전환형 계약 각각에 대하여 보험년도 기준 연 4회에 한해서 인출 수수료를 면제하여 드립니다.
- ④ 계약자적립금의 인출은 다음과 같은 기준으로 운영합니다.
 - 1. 보장형 계약의 경우
 - 보험료 납입기간 이내: 추가납입보험료에 의한 적립금에서만 인출이 가능합니다.
 - 보험료 납입기간 이후: 추가납입보험료에 의한 적립금에서 우선적으로 가능하며, 추가납입보험료에 의한 적립금이 부족한 경우에 한하여 기본보험료에 의한 적립금에서 인출이 가능합니다.
 - 2. 적립형 계약 및 스마트전환형 계약의 경우

추가납입보험료에 의한 적립금에서 우선적으로 가능하며, 추가납입보험료에 의한 적립금이 부족한 경우에 한하여 기본보험료에 의한 적립금에서 인출이 가능합니다.

⑤ 제1항에 따라 계약자적립금의 일부를 인출하기 위해서는 인출후 제2조(용어의 정의) 제6호 '다'목 및 '거'목에서 정한 보험료적립금(다만, 스마트전환형 계약[보증비용부과형](해지환급금 미보증) 및 적립형 계약의 경우 계약자적립금)이 아래에서 정한 금액미만이 되지 않아야 합니다.

- 보장형 계약 납입기간 이내: 해당사항 없음
- 보장형 계약 납입기간 이후: 1구좌당 200만원(단, 1구좌는 보험가입금액 1억원을 말합니다.)
- 스마트전환형 계약: 보험가입금액의 10%
- 적립형 계약: 기본보험료의 5배

⑥ 계약자적립금의 일부를 중도에 인출하는 경우 해지환급금은 계약자적립금의 인출금액과 이자가 차감되므로 최초 가입시 안내한 금액보다 적어질 수 있습니다.

【보장형 계약의 계약자적립금 인출 예시】

예1) 보험료 납입기간 이내, 주계약 기본보험료에 의한 보험료적립금 5,000만원, 추가납입보험료에 의한 보험료적립금 1,000만원, 납입한 기본보험료 및 추가납입보험료 총액이 5,000만원일 경우
⇒ 보험료 납입기간 이내에는 추가납입보험료에 의한 적립금에서만 인출이 가능하므로 1,000만원의 50%인 500만원 이내에서 인출 가능

예2) 보험료 납입기간 이후, 주계약 보험료적립금 및 해지환급금 1,000만원, 납입한 기본보험료 및 추가납입보험료 총액이 400만원일 경우
⇒ 1,000만원의 50%는 500만원이나, 납입한 보험료 총액 한도에 따라 400만원까지 인출 가능

예3) 보험료 납입기간 이후, 주계약 보험료적립금 및 해지환급금 300만원, 납입한 기본보험료 및 추가납입보험료 총액이 400만원일 경우
⇒ 300만원의 50%는 150만원이나, 보험료적립금이 200만원 미만이 되지 않아야 하므로 100만원까지 인출 가능

※ 다만, 인출금액에서 계약자적립금의 인출 수수료가 차감됩니다.

⑦ 계약자적립금의 인출 등으로 인하여 제30조(보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 제1항 제2호, 동조 제3항에 따라 이 계약이 해지될 수 있습니다.

제 48 조 보험계약대출

① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 '보험계약대출'이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 회사는 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제 49 조 배당금의 지급

이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 10 관 분쟁의 조정 등

제 50 조 분쟁의 조정

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

관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함합니다)을 요구할 수 있습니다.

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 금액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제 51 조 관할법원

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

제 52 조 소멸시효

① 보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금청구권 및 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

② 제1항의 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.

【소멸시효】

예를들어, 제5조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 2016년 4월 1일에 발생하였음에도 보험수익자가 2019년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않은 경우 해당 보험금에 대한 3년의 소멸시효가 완성되어 보험수익자는 해당 보험금 등을 지급받지 못합니다.

제 53 조 약관의 해석

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

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

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

제 54 조 설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력

① 회사는 일반금융소비자에게 청약할 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

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

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

제 55 조 회사의 손해배상책임

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

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

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

【 현저하게 공정을 잃은 합의 】

회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제 56 조 개인정보보호

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

제 57 조 준거법

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

제 58 조 예금보험에 의한 지급보장

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

제 11 관 지정대리청구에 관한 사항[스마트치매전환형 계약에 한함]

제 59 조 지정대리청구 적용대상

스마트치매전환형 계약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제 60 조 지정대리청구인의 지정

- ① 계약자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하, '지정대리청구인'이라 합니다)을 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제61조(지정대리청구인의 변경 지정)에 따른 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 지정대리청구인을 지정하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 지정대리청구인 신청서(회사양식)
 2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
 3. 계약자의 신분증
- ③ 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제59조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제 61 조 지정대리청구인의 변경 지정

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 계약자의 신분증

제 62 조 지정대리청구인에 의한 보험금 지급의 절차

- ① 지정대리청구인은 제63조(지정대리청구인에 의한 보험금 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제59조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구

인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제 63 조 지정대리청구인에 의한 보험금 청구

① 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. '경도치매상태', '중등도치매상태' 및 '중증치매상태'에 대한 진단서 및 피보험자의 생존사실을 증명할 수 있는 피보험자의 주민등록등본 등
3. 지정대리청구인의 사진이 붙은 정부기관 발행 주민등록증이나 운전면허증 등
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제 12 관 사망보험금 연금선지급서비스특칙

제 64 조 특칙의 보험금의 지급사유

회사는 피보험자가 연금선지급 개시일부터 최종 연금선지급일까지 매년 연금선지급 해당일에 살아있을 때에 '사망보험금 연금선지급서비스특칙의 보험금 지급기준표'(별표 5 참조)에 따라 보험수익자에게 약정한 연금선지급금을 지급합니다.

제 65 조 특칙의 보험금 지급에 관한 세부규정

① 계약자는 보장형 계약 또는 스마트전환형 계약 보험가입금액의 90% 이내에서 연금선지급 대상금액과 연금선지급기간을 최소 2년부터 최대 20년까지 선택할 수 있습니다.

② 회사는 산출방법서에서 정한 방법에 따라 연금선지급 대상금액을 연금선지급기간으로 나누어 매년 감액할 금액을 정하고 연금선지급기간 동안 매년 보장형 계약 또는 스마트전환형 계약 보험가입금액에서 감액하며, 감액부분에 해당하는 해지환급금을 연금선지급금액으로 하여 이 특칙의 매년 연금선지급 해당일에 지급합니다.

【 연금선지급 해당일 】

'사망보험금 연금선지급서비스 신청일' 및 연금선지급기간 이내의 매년 '사망보험금 연금선지급서비스 신청일'과 동일한 월, 일(다만, 해당 월에 동일한 일이 없는 경우에는 해당 월의 말일)

제 66 조 특칙의 보험금의 청구

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 신분증
3. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제 67 조 특칙의 보험금의 지급절차

① 회사는 제66조(특칙의 보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자 메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '사망보험금 연금선지급 서비스특칙의 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 7 참조)과 같이 계산합니다.

제 68 조 특칙의 성립

- ① 이 특칙은 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주된 계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 이 특칙은 다음 각 호의 계약에 대하여 각 목의 조건을 모두 만족하는 경우 사망보험금 연금선지급 서비스를 1회에 한하여 신청할 수 있습니다.

1. 보장형 계약

- 가. 신청시점 피보험자 나이가 55세 이상 90세 이하인 경우
- 나. 보험료 납입기간이 경과한 계약
- 다. 보험계약일 이후 5년 이상 경과한 경우
- 라. 보험계약대출 잔액(보험계약대출의 원금과 이자 포함)이 없는 경우
- 마. 적립형 계약으로 전환 하지 않은 경우
- 바. 연금전환특약에 의해 연금전환하지 않은 경우

2. 스마트전환형 계약

- 가. 신청시점 피보험자 나이가 55세 이상 90세 이하인 경우
- 나. 전환일 이후 5년 이상 경과한 경우
- 다. 보험계약대출 잔액(보험계약대출의 원금과 이자 포함)이 없는 경우
- 라. 연금전환특약에 의해 연금전환하지 않은 경우

제 69 조 특칙의 보험수익자의 지정

이 특칙에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 계약자를 보험수익자로 합니다.

제 70 조 특칙내용의 변경

- ① 계약자는 이 특칙의 보험기간 중 언제든지 연금선지급의 종료를 신청할 수 있으며, 이 경우 회사는 연금선지급을 종료합니다. 또한, 계약자는 연금선지급이 종료된 이후에 사망보험금 연금선지급서비스를 다시 신청할 수 없습니다.
- ② 계약자는 연금선지급 개시 이후 연금선지급 대상금액, 연금선지급기간 및 보험수익자를 변경할 수 없습니다.

제 71 조 특칙의 보험기간 중 주계약 계약내용의 변경

- ① 연금선지급금액에 해당하는 보장형 계약 또는 스마트전환형 계약의 보험가입금액은 매년 연금선지급 해당일에 감액됩니다.
- ② 계약자는 연금선지급 개시 이후에는 보험료의 추가납입, 계약자적립금의 인출, 보험계약대출, 보험가입금액의 감액, 적립형 계약 전환, 스마트전환형 계약 전환, 연금전환 및 선지급서비스특약에 의한 사망보험금 선지급 청구를 할 수 없습니다. 다만, 최종 연금선지급일까지 연금선지급이 완료되거나 제70조(특칙내용의 변경) 제1항에 따라 연금선지급이 종료된 이후에는 이를 적용하지 않습니다.
- ③ 스마트전환형 계약에 부가된 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우, 연금선지급 개시 이후에 해당 특약의 보험료(특약의 기타비용 제외)는 월대체보험료에서 제외하고, 매월 스마트전환형 계약의 월계약해당일에 해당 특약의 보험료(특약의 기타비용 포함)를 납입하여야 합니다. 다만, 최종 연금선지급일까지 연금선지급이 완료되거나 제70조(특칙내용의 변경) 제1항에 따라 연금선지급이 종료된 경우 해당 특약의 보험료(특약의 기타비용 제외)는 월대체보험료에 포함합니다.

제 72 조 특칙의 보험기간

이 특칙의 보험기간은 연금선지급개시일부터 최종 연금선지급일까지로 합니다.

제 73 조 특칙의 소멸

- ① 제64조(특칙의 보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급이 완료된 경우에는 이 특칙은 더 이상 효력이 없습니다.
- ② 이 특칙의 보험기간 중 주계약이 사망보험금 지급사유 발생, 해지(월공제액 또는 월대체보험료를 공

제할 수 없어 해지되는 경우 포함) 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없게 되는 경우에는 연금선지급도 종료되며 이 특칙은 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 주계약 사망보험금 지급사유 발생 이후에 지급된 연금선지급 금액이 있는 경우 회사가 지급할 사망보험금에서 해당 연금선지급 금액을 차감한 후 지급합니다.

③ 제70조(특칙내용의 변경) 제1항에 따라 계약자가 특칙의 보험기간 중 연금선지급의 종료를 신청한 경우 연금선지급은 종료되며 이 특칙은 더 이상 효력이 없습니다.

제 74 조 특칙의 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

① 이 특칙의 보험료는 없습니다.

② 이 특칙의 보장개시일은 연금선지급 개시일로 하며, 이후 이 특칙의 매년 연금선지급 해당일에 연금선지급금을 지급합니다. 다만, 해당월의 연금선지급 해당일이 없는 경우에는 해당월의 말일을 연금선지급 해당일로 합니다.

제 75 조 주계약 약관의 준용

이 특칙에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약의 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

[보장형 계약] 보험금 지급기준표

급부명칭	지 급 사 유	지 급 금 액
사망보험금	보험기간 중 피보험자가 사망한 경우	사망보험금 지급사유 발생당시 기본보험금액

- 주) 1. 기본보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(별표 8 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후부터 기본보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 기본보험료의 납입이 면제된 경우 기본보험료 납입기간종료일까지 매월 월계약해당일에 기본보험료가 납입된 것으로 하여 계약자적립금, 예정적립금 및 예정기본해지환급금을 계산합니다.
2. 기본보험금액이라 함은 기준사망보험금과 계약자적립금의 101% 금액 중 큰 금액을 말합니다.
3. 기준사망보험금은 보험가입금액으로 합니다. 다만, 추가납입보험료 납입시에는 추가납입전 기준 사망보험금에서 추가납입보험료를 더한 금액으로 하며 계약자적립금의 인출시에는 인출전 기준 사망보험금에서 계약자적립금의 인출금액을 차감한 금액으로 합니다. 한편, 계약자적립금의 인출로 인한 기준사망보험금의 감소는 계약자적립금의 인출 신청시점을 기준으로 계산합니다.
4. 향후 공시이율에 관계없이 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간의 종료일까지 보장하는 최저한도의 사망보험금은 사망보험금 지급사유 발생시점의 기본보험금액으로 합니다.
5. 장기유지보너스 가산대상 계약에 한하여 회사는 보험기간 중 피보험자에게 상기 사망보험금 지급사유가 발생한 경우 산출방법서에서 정한 방법에 따라 보험금 지급사유 발생시점 기준으로 계산한 장기유지보너스 준비금을 보험금과 함께 지급합니다. 다만, 계약자가 보장형 계약의 보험가입금액을 감액 하거나 적립형 계약 또는 스마트치매전환형 계약으로 일부를 전환한 이후에 피보험자가 사망한 경우에는 감액 또는 전환 이후 보험가입금액 및 기본보험료에 해당하는 장기유지보너스 준비금을 지급합니다.
6. 회사는 보장형 계약에 한하여 보험기간 중 피보험자에게 상기 사망보험금 지급사유가 발생한 경우 산출방법서에서 정한 방법에 따라 보험금 지급사유 발생시점 기준으로 계산한 납입완료보너스 준비금을 보험금과 함께 지급합니다. 다만, 계약자가 보장형 계약의 보험가입금액 또는 특약의 보험가입금액을 감액하거나 적립형 계약 또는 스마트치매전환형 계약으로 일부를 전환한 이후에 피보험자가 사망한 경우에는 감액 또는 전환 이후 납입완료보너스 대상보험료에 해당하는 납입완료보너스 준비금을 지급합니다.
7. 회사는 보험기간 중 피보험자에게 상기 사망보험금 지급사유가 발생한 경우 사망보험금과 해지환급금 그리고 '이미 납입한 보험료' 중에서 가장 큰 금액을 사망보험금으로 지급합니다.

【 별표 2 】

[적립형 계약] 보험금 지급기준표

급부명칭	지급사유	지급금액
사망보험금	보험기간 중 피보험자가 사망한 경우	기본보험료의 6배 + 사망보험금 지급사유 발생당시의 계약자적립금

주) 사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적을 경우에는 이미 납입한 보험료를 사망보험금으로 지급합니다.

【 별표 3 】

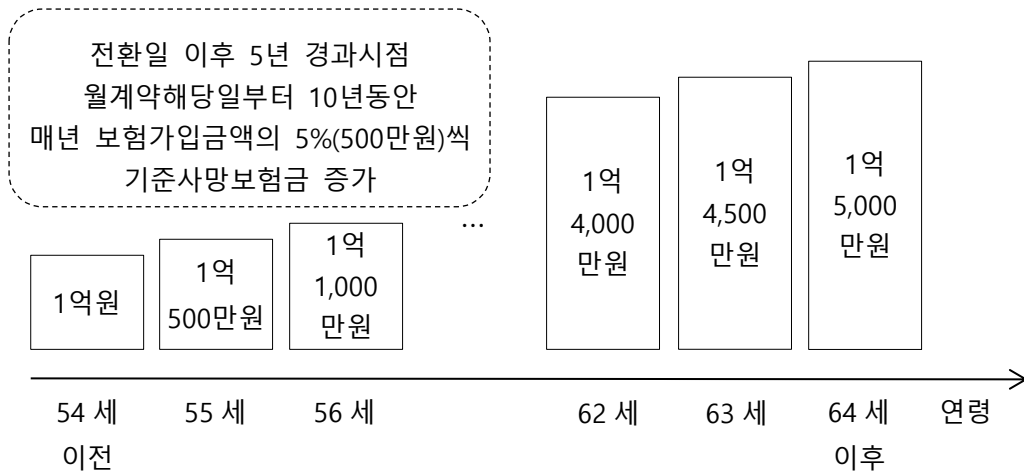
[스마트전환형 계약] 보험금 지급기준표

급부명칭	지 급 사 유	지 급 금 액
사망보험금	보험기간 중 피보험자가 사망한 경우	사망보험금 지급사유 발생당시 기본보험금액

- 주) 1. 기본보험금액이라 함은 기준사망보험금과 계약자적립금의 101% 금액 중 큰 금액을 말합니다.
 2. 기준사망보험금이라 함은 사망보험금 지급사유 발생 시기에 따라 다음에 정한 금액으로 합니다.
 다만, 추가납입보험료 납입시에는 추가납입전 기준사망보험금에서 추가납입보험료를 더한 금액으로 하며 계약자적립금의 인출시에는 인출전 기준사망보험금에서 계약자적립금의 인출금액을 차감한 금액으로 합니다.

구 분	기준사망보험금
전환일부터 5년 경과시점 월계약해당일 전일까지의 기간 중 피보험자가 사망한 경우	보험가입금액
전환일부터 5년 경과시점 월계약해당일부터 종신까지의 기간 중 피보험자가 사망한 경우	보험가입금액을 전환일 이후 5년 경과시점 월계약해당일부터 체증경과년수동안 매년 5%씩 체증한 금액 ※ 체증경과년수: 전환일 이후 5년 경과시점 월 계약해당일부터 지급사유 발생일까지의 경과년 수 다만, 전환일 이후 5년 경과시점 월계약해당일 을 1년으로 하고, 10년을 최대로 합니다.

예시) 50세 전환, 스마트전환형 보험가입금액 1억원인 경우 사망연령별 기준사망보험금



3. 최저사망보험금이라 함은 스마트전환형 계약[보증비용부과형](해지환급금 보증)의 경우 향후 공시이율에 관계없이 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간의 종료일까지 보장하는 최저한도의 사망보험금으로서 사망보험금 지급사유 발생시점의 기본보험금액을 말하며, 스마트전환형 계약[보증비용부과형](해지환급금 미보증)의 경우 향후 공시이율에 관계없이 최저사망보험금 보증기간 동안 보장하는 최저한도의 사망보험금으로서 사망보험금 지급사유 발생시점의 기본보험금액을 말합니다.
4. 스마트전환형 계약[보증비용부과형](해지환급금 미보증)의 경우 최저사망보험금 보증기간이라 함은 전환일 이후 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)의 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날부터 스마트전환형 계약의 예정적립금이 '0'이 될 때까지의 기간을 말합니다.
5. 스마트전환형 계약[보증비용부과형](해지환급금 보증)의 경우 회사는 보험기간 중 피보험자에게 상기 사망보험금 지급사유가 발생한 경우 사망보험금과 해지환급금 그리고 '이미 납입한 보험료' 중에서 가장 큰 금액을 사망보험금으로 지급합니다.
6. 스마트전환형 계약[보증비용부과형](해지환급금 미보증)의 경우 회사는 보험기간 중 피보험자에게 상기 사망보험금 지급사유가 발생한 경우 사망보험금과 '이미 납입한 보험료' 중에서 큰 금액을 사망보험금으로 지급합니다.

【 별표 4 】

[스마트치매전환형 계약] 보험금 지급기준표

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지 급 사 유	지 급 금 액
경도치매 진단자금	보험기간 중 피보험자가 치매보장개시일 이후에 '경도치매상태'로 최종 진단 확정되었을 경우(최초 1회한)	500만원
중등도치매 진단자금	보험기간 중 피보험자가 치매보장개시일 이후에 '중등도치매상태'로 최종 진단 확정되었을 경우(최초 1회한)	1,000만원 (다만, 경도치매 진단자금이 지급된 후에 '중등도치매상태'로 최종 진단 확정되었을 경우 상기 금액에서 경도치매 진단자금을 뺀 차액 지급)
중증치매 진단자금	보험기간 중 피보험자가 치매보장개시일 이후에 '중증치매상태'로 최종 진단 확정되었을 경우(최초 1회한)	3,000만원 (다만, 경도치매 진단자금 또는 중등도치매 진단자금이 지급된 후에 '중증치매상태'로 최종 진단 확정되었을 경우 상기 금액에서 이미 지급한 보험금의 총 합계액을 뺀 차액 지급)
중증치매 간병자금	보험기간 중 피보험자가 치매보장개시일 이후에 '중증치매상태'로 최종 진단 확정되고 매년 최종 진단 확정일에 생존한 경우	매년 최종 진단 확정일에 생존시 최초 최종 진단 확정일을 포함하여 매월 최종 진단 확정일에 50만원을 지급 (매년 최종 진단 확정일에 생존시 해당 연도에 대하여 12개월 확정지급, 최초 36회 보증지급, 단 30년(360회)을 최고 한도로 지급)

- 주) 1. '경도치매상태', '중등도치매상태' 및 '중증치매상태' 발생시의 진단은 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과 전문의를 말하며, 관련 법령의 제·개정 등으로 전문과목의 명칭이 변경되는 경우 진단 당시의 제·개정된 법령에 따릅니다)의 진단서에 의하고, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 또한, 그 진단일 부터 90일이 지난 이후에 회사가 피보험자의 '경도치매상태', '중등도치매상태' 및 '중증치매상태'가 계속하여 지속되었음을 확인함으로써 제3조('경도치매상태', '중등도치매상태' 및 '중증치매상태'의 정의 및 최종 진단 확정) 제1항, 제3항 및 제5항에서 정한 '경도치매상태', '중등도치매상태' 및 '중증치매상태'로 최종 진단 확정됩니다.
2. '치매보장개시일'은 스마트치매전환형 계약의 전환일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음 날을 말합니다. 다만, 질병으로 인한 '경도치매상태', '중등도치매상태' 및 '중증치매상태'가 없는 상태에서 재해로 인한 뇌의 손상으로 인하여 '경도치매상태', '중등도치매상태' 및 '중증치매상태'가 발생한 경우에는 스마트치매전환형 계약의 전환일을 보장개시일로 합니다.
3. 계약자는 피보험자에게 스마트치매전환형 계약의 전환일부터 치매보장개시일 전일 이전에 '경도치매상태' 또는 '중등도치매상태'가 발생된 경우에는 그 발생일로부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약의 취소를 선택할 수 있으며, 이 경우 회사는 그 날부터 제40조(스마트치매전환형 계약

- 전환의 승낙 및 효력발생)에도 불구하고 전환되지 않은 것으로 하며, 전환전계약(보장형 계약 또는 스마트전환형 계약)으로 환원하여 드립니다.
4. 전환일부터 치매보장개시일 전일 이전에 '경도치매상태' 또는 '중등도치매상태'가 발생하였으나 주 3)에서 계약자가 계약의 취소를 선택하지 않은 경우에는 다음 각 호에 따라 보험금을 지급합니다.
 - (1) 전환일부터 치매보장개시일 전일 이전에 '경도치매상태'가 발생한 경우
 - 치매보장개시일 이후 '경도치매상태'가 발생하는 경우에는 제5조(보험금의 지급사유) 제1호의 경도치매 진단자금을 지급하지 않습니다.
 - 치매보장개시일 이후 '중등도치매상태'가 발생하는 경우에는 제5조(보험금의 지급사유) 제2호의 중등도치매 진단자금을 지급합니다.
 - 치매보장개시일 이후 '중증치매상태'가 발생하는 경우에는 제5조(보험금의 지급사유) 제3호 및 제4호에서 정한 중증치매 진단자금 및 중증치매 간병자금을 지급합니다.
 - (2) 전환일부터 치매보장개시일 전일 이전에 '중등도치매상태'가 발생한 경우
 - 치매보장개시일 이후 '경도치매상태'가 발생하는 경우에는 제5조(보험금의 지급사유) 제1호의 경도치매 진단자금을 지급하지 않습니다.
 - 치매보장개시일 이후 '중등도치매상태'가 발생하는 경우에는 제5조(보험금의 지급사유) 제2호의 중등도치매 진단자금을 지급하지 않습니다.
 - 치매보장개시일 이후 '중증치매상태'가 발생하는 경우에는 제5조(보험금의 지급사유) 제3호 및 제4호에서 정한 중증치매 진단자금 및 중증치매 간병자금을 지급합니다.
 5. 스마트치매전환형 계약으로 전환된 이후 스마트치매전환형 계약의 피보험자가 전환일부터 그 날을 포함하여 '치매보장개시일' 전일 이전에 '중증치매상태'가 발생한 경우 회사는 그 날부터 제40조(스마트치매전환형 계약 전환의 승낙 및 효력발생)에도 불구하고 전환되지 않은 것으로 하며, 전환전계약(보장형 계약 또는 스마트전환형 계약)으로 환원하여 드립니다.
 6. 경도치매 진단자금이 지급된 후에 중등도치매 진단자금 지급사유가 발생한 경우에는 중등도치매 진단자금에서 경도치매 진단자금을 뺀 차액을 지급합니다. 또한, 중등도치매 진단자금이 지급된 후에 경도치매 진단자금의 지급사유가 발생한 경우에는 경도치매 진단자금은 추가로 지급되지 않습니다.
 7. 경도치매 진단자금 또는 중등도치매 진단자금이 지급된 후에 중증치매 진단자금 지급사유가 발생한 경우에는 중증치매 진단자금에서 이미 지급한 보험금의 총 합계액을 뺀 차액 및 중증치매 간병자금을 지급합니다. 또한, 중증치매 진단자금이 지급된 후에 경도치매 진단자금 또는 중등도치매 진단자금의 지급사유가 발생한 경우에는 경도치매 진단자금 또는 중등도치매 진단자금은 추가로 지급되지 않습니다.
 8. 중증치매 간병자금이 지급된 후에는 스마트치매전환형 계약을 해지할 수 없습니다.
 9. 피보험자가 중증치매 간병자금 보증지급기간('중증치매상태' 최종 진단 확정일을 1회로 하여 36회까지) 중 사망한 경우에는 보증지급기간 이내에 지급받지 못한 중증치매 간병자금을 지급합니다.
 10. 중증치매 간병자금 수령 중 보험기간이 종료되더라도 매년 '중증치매상태' 최종 진단 확정일에 피보험자가 살아있을 경우 해당월 중증치매 간병자금은 보험기간 만기와 관계없이 최대 360회까지 지급합니다. 다만, 해당월에 '중증치매상태' 최종 진단 확정일이 없는 경우 해당월의 말일을 중증치매 최종 진단 확정일로 합니다.
 11. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 계약은 소멸됩니다. 다만, 제5조(보험금의 지급사유) 제4항 제4호에서 정하는 중증치매 간병자금을 지급받은 후 사망한 경우 별도로 책임준비금을 지급하지 않습니다.

【 별표 5 】

사망보험금 연금선지급서비스특칙의 보험금 지급기준표

급부명칭	지급사유	지급금액
연금선지급금	피보험자가 매년 연금선지급 해당일에 살아있을 경우	산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 매년 감액할 금액에 해당하는 해지환급금을 매년 연금선지급 해당일에 지급

- 주) 1. 연금선지급금액에 해당하는 주계약의 보험가입금액은 매년 연금선지급 해당일에 감액됩니다.
 2. 연금선지급금액을 매월, 매3개월, 매6개월로 분할하여 지급받을 수 있습니다.
 3. 해당월의 연금선지급 해당일이 없는 경우에는 해당월의 말일을 연금선지급 해당일로 합니다.

【 별표 6 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제13조 제2항 및 제46조 제7항 관련)

구 분	기 간		지 급 이 자
사망보험금 (제5조 제1항 내지 제3항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간		보험계약대출이율
경도치매 진단자금 중등도치매 진단자금 중증치매 진단자금	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
제1회 중증치매 간병자금 (제5조 제4항 제1호 내지 제4호)	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
장기유지보너스준비금 (제6조 제12항) 납입완료보너스준비금 (제6조 제13항) 스마트치매전환형 계약의 사망 당시의 책임준비금 (제27조 제2항)	지급기일의 91일 이후 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
제2회 이후의 중증치매 간병자금 (제5조 제4항 제4호)	지급사유가 발생한 날의 다음 날	보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 않게 된 경우에는 효력을 가지지 않게 된 날) 이내	평균공시이율
	부터 청구일까지의 기간	보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 않게 된 경우에는 효력을 가지지 않게 된 날) 이후	-1년이내: 평균공시이율의 50% -1년 초과기간:1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
보장형 계약, 적립형 계약 및 스마트전환형 계약의 해지환급금 (제46조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간		-1년이내: 공시이율의 50% -1년 초과기간:1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

구 분	기 간	지 급 이 자
스마트치매전환형 계약의 해지환급금 (제46조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지 의 기간	-1년이내: 평균공시이율의 50% -1년 초과기간:1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 스마트치매전환형 계약의 경우, 중증치매 간병자금 지급사유가 발생한 경우에는 제2조(용어의 정의) 제4호 '가'목에도 불구하고 최종 중증치매 간병자금 지급사유 해당일을 상기의 '보험기간 만기일'로 합니다. 단, 피보험자가 사망한 경우에는 사망일을 '보험기간 만기일'로 합니다.
2. 지급이자 계산시 적용되는 공시이율 및 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
3. 지급이자는 연단위 복리로 일자계산하며, 소멸시효(제52조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
4. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 제13조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 7 】

사망보험금 연금선지급서비스특칙의 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제67조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
연금선지급금 (제64조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 공시이율 및 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 일자계산하며, 소멸시효(제52조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

장애분류표

1 총칙

1. 장애의 정의

- 1) '장애'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 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 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정한다.

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·복부장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰 방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항상 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
- 5) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

2 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 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8. 한 눈에 뚜렷한 시야장애를 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 최소 3회 이상 측정한다.
- 2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- 3) '한 눈이 멀었을 때'라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각유')를 말한다.
- 4) '한 눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때'라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주2)} 상태를 포함한다.
 ※주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
 주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 5) 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- 6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애'라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) '뚜렷한 시야 장애'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- 9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) '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.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이

경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.

- 12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 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
7. 평형기능에 장애를 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상의 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 $\pm 10\text{dB}$ 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가하여야 한다.
- 2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- 3) '심한 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) '약간의 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

- 1) '귓바퀴의 대부분이 결손된 때'라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.
- 2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로만 평가한다.

라. 평형기능의 장애

- 1) '평형기능에 장애를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4

항목	내 용	점수
	단기 통원치료(6개월간 6회이상) 단기 통원치료(6개월간 6회미만)	2 0
기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

- 2) 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1. 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2. 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장애판정기준

- 1) '코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
- 2) '코의 후각기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 4) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애의 지급률과 추상장애의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1. 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2. 씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3. 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	60
4. 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
5. 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6. 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
7. 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
8. 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9. 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10. 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) '씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
 - 라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) '씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
 - 라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구장애는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
- 7) '말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
 - 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- 8) '말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
- 9) '말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
- 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.

- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 장애로 평가한다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1. 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2. 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) '추상(추한 모습)장애'라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 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.
- 4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 2cm 이상의 조직함몰
 - 라) 코의 1/4 이상 결손
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

- 나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
- 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

‘손바닥 크기’라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크기는 40cm², 1/4 크기는 20cm²), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)로 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. 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애	20
8. 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애	15
9. 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애	10

나. 장애판정기준

- 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
 - 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
 - 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 친구 성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
 - 척추(등뼈)의 기형장애는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
- 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관련도를 산정하여 평가한다.
- 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.
- 심한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

- 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
- 나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정된 상태
- 7) 뚜렷한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
 - 나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정된 상태
 - 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 측추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 8) 약간의 운동장애
 - 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

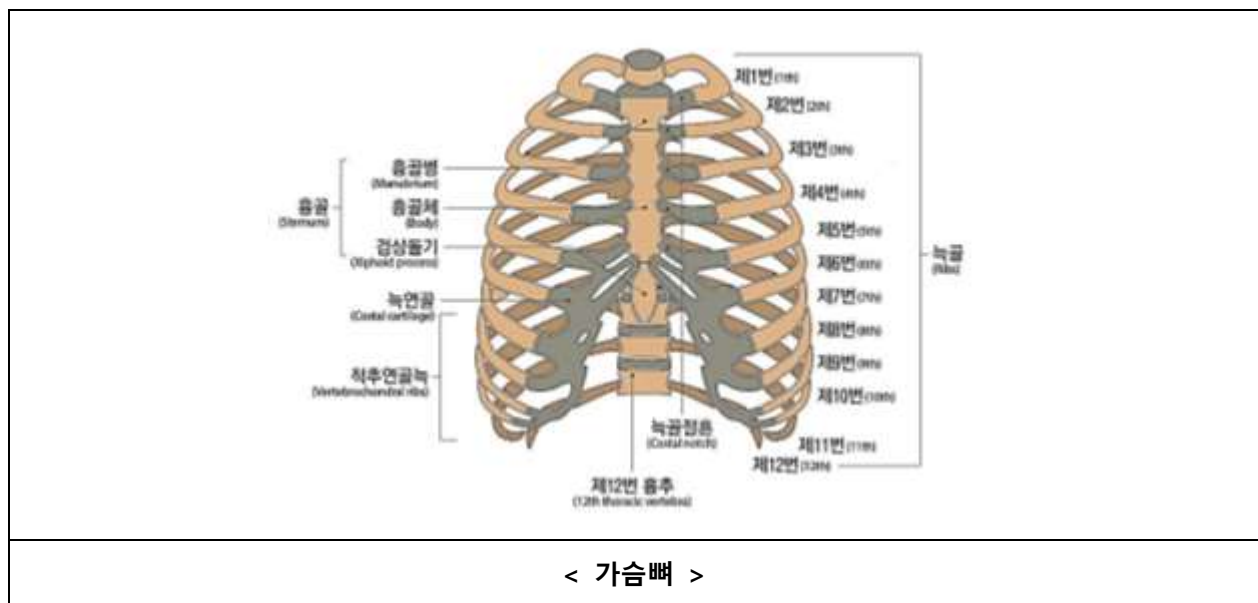
7. 체간골의 장애

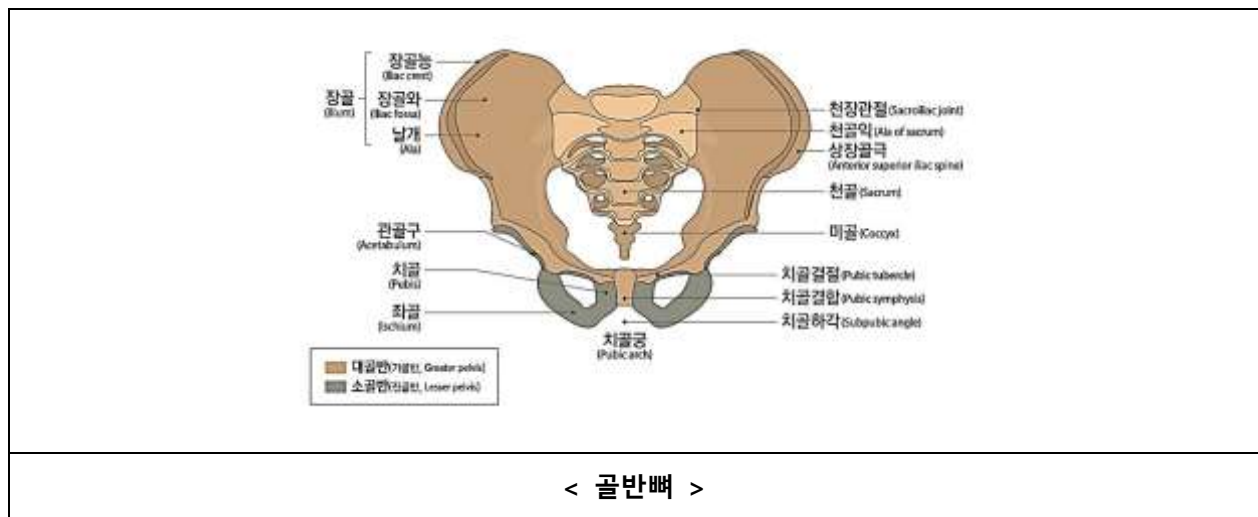
가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1. 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2. 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
- 2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태
 - 나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
 - 다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태
- 3) '빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.





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 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4. 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5. 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6. 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 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

- 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 팔의 관절기능장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정 방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애를 표시할 경우 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0

등급(Zero)인 경우

8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우

나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1 등급(trace)'인 경우

9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우

11) '가관절^㉞이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

12) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

13) '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) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1상지(팔과 손가락)의 장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

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 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4. 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5. 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6. 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7. 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8. 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9. 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10. 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11. 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12. 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- 4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- 5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 다리의 관절기능장애 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정 방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0 등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1 등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) '가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하

였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

- 13) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1하지(다리과 발가락)의 장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장애

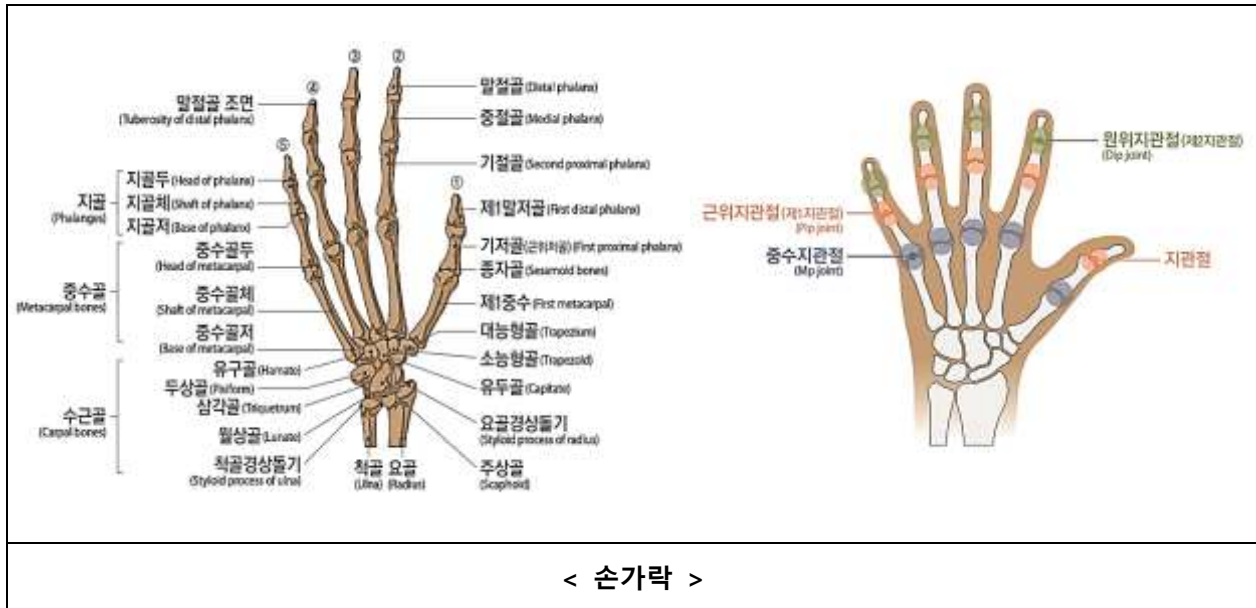
가. 장애의 분류

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(손가락 하나마다)	10
4. 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5. 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6. 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
- 6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 7) '손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

- 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

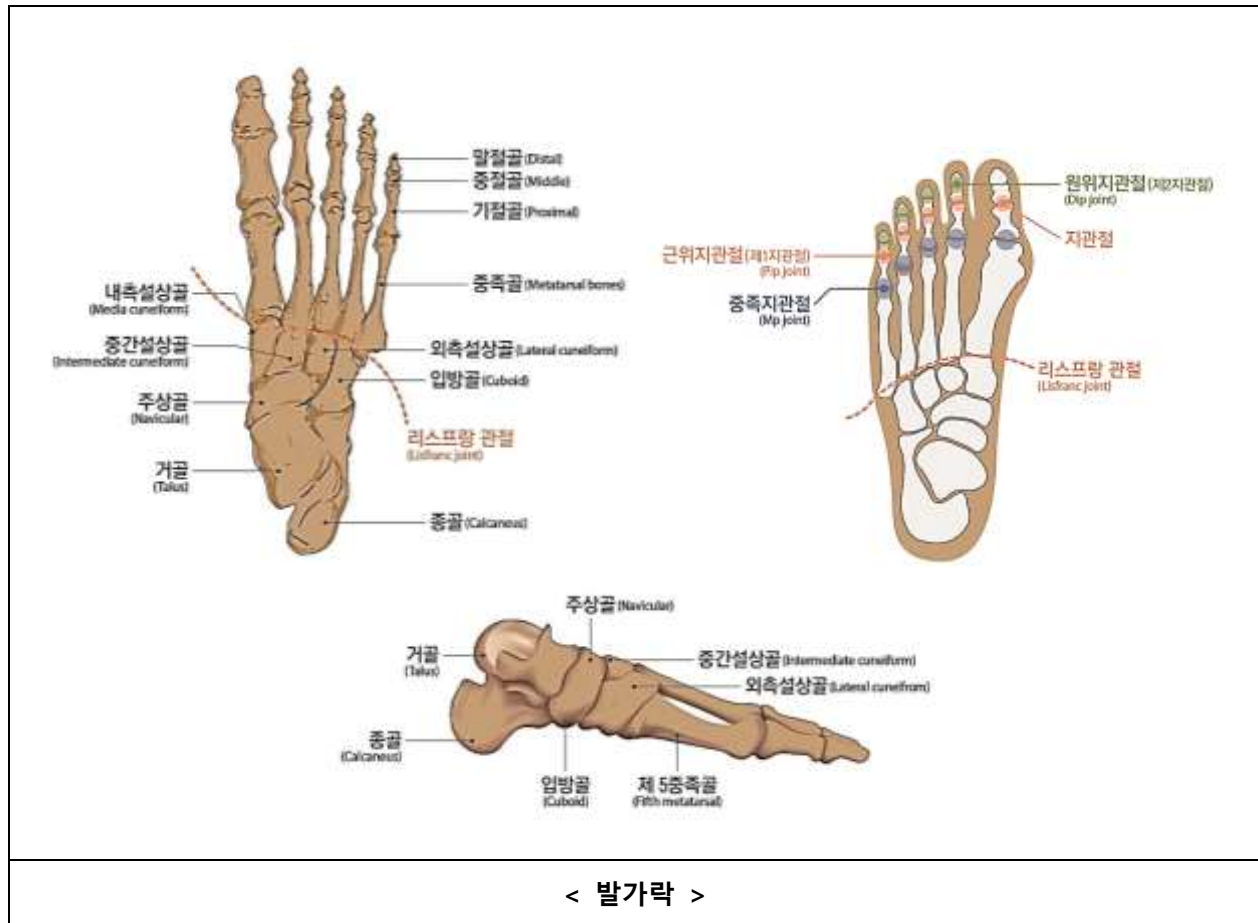
장애의 분류	지급률
1. 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2. 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3. 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4. 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5. 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6. 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7. 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) '발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락

에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.

- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1. 심장 기능을 잃었을 때	100
2. 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3. 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	50
4. 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5. 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	15

나. 장애판정기준

- 1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토

록 받아야 할 때

- 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - 나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - 나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 - 다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
 - 라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
 - 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
 - 다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표'에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.
- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 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 장애를 남긴 때	100
3. 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4. 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5. 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6. 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7. 극심한 치매: CDR 척도 5점	100
8. 심한 치매: CDR 척도 4점	80
9. 뚜렷한 치매: CDR 척도 3점	60
10. 약간의 치매: CDR 척도 2점	40
11. 심한 간질발작이 남았을 때	70
12. 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13. 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- 가) '신경계에 장애를 남긴 때'라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 '<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표'의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- 나) 위 가)의 경우 '<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표'상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- 다) 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- 마) 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- 가) 정신행동장애는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.
- 나) 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과와 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- 다) '정신행동에 극심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- 라) '정신행동에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
- 마) '정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준^{주)} 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※ 주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

- 바) '정신행동에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.
 - 사) '정신행동에 경미한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
 - 아) 지속적인 정신건강의학과 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
 - 자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
 - 차) 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.
 - 카) 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.
 - 타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
 - 파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성 장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
- 3) 치매
- 가) '치매'라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.
 - 나) 치매의 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.
 - 다) 치매의 장애평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.
- 4) 뇌전증(간질)
- 가) '뇌전증(간질)'이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
 - 나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.
 - 다) '심한 간질 발작'이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
 - 라) '뚜렷한 간질 발작'이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
 - 마) '약간의 간질 발작'이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
 - 바) '중증발작'이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

사) '경증발작'이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3 분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유 형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변·배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태(20%) - 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC, 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태(15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때(5%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태(5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태(3%)
옷 입고 벗기	- 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의 중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태(5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태(3%)

【 별표 9 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

한화생명 평생동행 종신보험 2201

무배당[보증비용부과형]
(해지환급금 미보증)

제1관 목적 및 용어의 정의

제2관 보험금의 지급

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제4관 보험계약의 성립과 유지

제5관 보험료의 납입

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제7관 분쟁의 조정 등



주계약 약관은 보험계약 성립의 가장 기본이 되는 사항으로,
보험계약자와 보험회사의 권리와 의무를 규정한 중요한 내용입니다.

한화생명 평생동행 종신보험2201 무배당[보증비용부과형](해지환급금 미보증) 주계약 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.

마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 3 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 4 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【 연단위 복리 예시 】

연시시점(1월 1일) 원금 10,000원 투자, 연간 2% 이자율 적용시 계산 예시

· 1년차 이자 = $\frac{10,000\text{원}}{\text{원금}} \times 2\% = 200\text{원}$

· 2년차 이자 = $\frac{(10,000\text{원} + 200\text{원})}{\text{원금}} \times 2\% = 204\text{원}$
1년차 이자

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

다. 산출이율: 이 계약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에서 정한 보험료 산출이율을 말합니다.

라. 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

다. 월계약해당일: 보험계약일로부터 한 달씩 경과되는 매월의 계약 해당일을 말합니다. 다만, 해당월의 계약 해당일이 없는 경우에는 해당월의 말일을 계약 해당일로 합니다.

5. 보험료 관련 용어

가. 기본보험료: 보험계약 체결시 보험가입금액을 기준으로 계산된 보험료 납입기간동안 매월 계속 납

입하기로 약정한 월납보험료를 말합니다.

나. 추가납입보험료: 보험료 납입기간이 지난 후에 기본보험료 총액(보험료 납입기간 동안 납입하기로 정한 기본보험료 합계액)을 초과하여 추가로 납입하는 보험료를 말합니다.

다. 추가납입보험료 납입한도

(1) 이 계약의 보험료 납입기간이 지난 후에 추가납입보험료의 납입한도는 기본보험료 총액의 1배로 하며, 1회 납입할 수 있는 추가납입보험료의 납입한도는 다음에 정한 한도로 합니다.

- 기본보험료 $\times 12 \times 100\%$ ×보험료 납입완료후 경과년수 - 이미 납입한 추가납입보험료의 합계액
다만, 보험료 납입완료후 경과년수는 보험료 납입기간 경과시를 1년으로 하며, 보험료 납입기간을 최대한도로 합니다. 또한, 특약이 부가된 경우에는 특약보험료는 보험료 납입한도에서 제외하며, 계약자적립금의 인출로 인한 기준사망보험금의 감소가 있는 경우에는 보험료 납입한도와는 별도로 기준사망보험금의 감소분 이내에서 추가납입이 가능합니다.

(2) '1)'에도 불구하고 1회 납입할 수 있는 추가납입보험료의 납입한도는 시중금리 등 금융환경에 따라 회사가 정한 한도로 합니다.

라. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 기본보험료와 추가납입보험료를 합한 금액에서 인출금액의 합계를 차감한 금액을 말하며, 특약보험료는 제외합니다. 다만, 다음 각호에 해당하는 경우에 사망보험금 계산시 적용되는 이미 납입한 보험료는 계약자가 실제로 납입한 보험료와는 다르게 계산하여 적용합니다.

(1) 기본보험료의 납입이 면제된 경우

납입면제시점부터 기본보험료 납입기간 종료일까지 매월 월계약해당일에 기본보험료가 납입된 것으로 하여 이미 납입한 보험료를 계산합니다.

(2) 보험가입금액의 감액이 있을 경우

다음의 수식과 같이 계산된 보험료와 해당 감액신청 이후 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

$\begin{aligned} &\text{'감액신청' 직후 이미 납입한 보험료} \\ &= \text{감액신청 직전 이미 납입한 보험료} \\ &\quad \times (\text{감액신청 직후 보험가입금액} / \text{감액신청 직전 보험가입금액}) \end{aligned}$

마. 위험보험료: 이 계약에서 정하는 보험금(납입면제 포함) 및 해지환급금을 지급하기 위한 비용을 말합니다.

바. 계약체결비용: 보험계약의 체결과 관련되어 발생하는 비용을 말합니다.

사. 계약관리비용: 보험계약의 유지 및 관리 등과 관련되어 발생하는 비용을 말합니다(이하, '계약체결비용'과 '계약관리비용'을 합하여 '계약체결 및 계약관리비용'이라 합니다). 계약관리비용은 '유지관련비용'과 '기타비용'으로 구분되며, 유지관련비용은 '납입중 유지관련비용'과 '납입후 유지관련비용'으로 구분됩니다.

아. 월공제액

(1) 보험료 납입경과기간(납입기간 $\times 12$ 회 납입) 이내 :

해당월의 위험보험료, 계약체결 및 계약관리비용(기타비용 제외) 및 최저사망보험금 보증비용의 합계액을 말하며, 해당월 기본보험료 납입시에 계약자적립금에서 공제합니다. 다만, 기본보험료를 해당 월계약해당일 이전에 납입하는 경우에는 월계약해당일에 계약자적립금에서 공제합니다.

(2) 보험료 납입경과기간(납입기간 $\times 12$ 회 납입)이 지난 후 :

해당월의 위험보험료, 계약관리비용(기타비용 제외) 및 최저사망보험금 보증비용의 합계액을 말하며, 산출방법서에서 정한 바에 따라 매월 계약 해당일에 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액기준, 특약의 해지환급금 제외)에서 공제합니다.

(3) 기타비용은 보험료 납입시에 납입한 보험료에서 공제합니다. 다만, 보험료 납입경과기간(납입기간 $\times 12$ 회 납입) 이내에 월계약해당일 이전에 기본보험료가 납입되는 경우에는 해당월 월계약해당일에 공제합니다.

- 추가납입보험료의 계약관리비용은 보험료 납입시에 납입한 추가납입보험료에서 공제합니다.

6. 적립금 및 보험금 관련 용어

가. 계약자적립금: 장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액으로 이 계약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 이 계약의 공시이율로 일자 계산하여 적립한 금액을 말합니다.

나. 예정적립금 및 예정해지환급금:

(1) 예정적립금: 이 계약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 이 계약의 예정적립이율(연복리 2.5%)로 일자 계산하여 적립한 금액을 말하며, 계산시에 최저사망보험금 보증비용은 반영하지 않습니다.

(2) 예정해지환급금: 예정적립금에서 산출방법서에 정한 방법에 따라 해지공제액을 차감한 금액을 말합니다. 다만, 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 예정적립금으로 합니다.

다. 가산적립금: 이 계약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 기본보험료에 의한 계약자적립금에서 기본보험료에 의한 예정적립금을 차감한 금액을 말하며, 이 금액이 '0'보다 적은 경우 '0'으로 합니다.

라. 추가적립금: 추가납입보험료에 의한 계약자적립금을 말하며, 제27조(제2회 이후 보험료의 납입) 제5항에 따라 선납보험료를 공시이율로 계산한 이자는 추가납입보험료에 의한 적립금으로 적립합니다.

마. 표준형의 예정기본해지환급금: 이 계약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 해지율을 적용하지 않고 이 계약의 예정적립이율(연복리 2.5%)로 일자 계산하여 산출된 기본보험료에 의한 예정적립금에서 해지공제액을 차감한 금액을 말합니다. 다만, 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 기본보험료에 의한 예정적립금으로 합니다.

바. 기본보험금액

기준사망보험금과 계약자적립금의 101% 금액 중 큰 금액을 말합니다.

사. 기준사망보험금

보험가입금액으로 합니다. 다만, 추가납입보험료 납입시에는 추가납입전 기준사망보험금에 추가납입보험료를 더한 금액으로 하며, 계약자적립금의 인출시에는 인출전 기준사망보험금에서 계약자적립금의 인출금액을 차감한 금액으로 합니다. 한편, 계약자적립금의 인출로 인한 기준사망보험금의 감소는 계약자적립금의 인출 신청시점을 기준으로 계산합니다.

아. 최저사망보험금

공시이율에 관계없이 최저사망보험금 보증기간 동안 보장하는 최저한도의 사망보험금으로서, 사망보험금 지급사유 발생시점의 기본보험금액을 말합니다.

자. 최저사망보험금 보증기간: 보험료 납입경과기간이 지난 후, 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)의 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날부터 예정해지환급금이 '0'이 될 때까지의 기간을 말합니다.

차. 최저사망보험금 보증비용: 향후 공시이율에 관계없이 최저사망보험금의 지급을 보증하는 데 소요되는 비용을 말합니다.

7. 장기유지보너스 관련 용어

가. 장기유지보너스 가산대상 계약: 보험료 납입기간이 7년납 이상 또는 보험가입금액이 7천만원 이상인 계약을 말합니다.

나. 장기유지보너스 가산금액: 장기유지보너스 가산대상 계약에 대하여 사업방법서에서 정한 방법에 따라 장기유지보너스 가산일에 추가납입보험료에 의한 적립금에 가산하는 금액을 말합니다.

다. 장기유지보너스 가산일: 이 계약의 사업방법서에서 정한 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일을 말하며, 해당월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

라. 장기유지보너스 준비금: 장기유지보너스 가산일에 장기유지보너스 가산금액을 추가납입보험료에 의한 적립금에 가산하기 위하여 회사가 적립해 둔 금액으로 이 계약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 이 계약의 평균공시이율로 계산하여 적립한 금액을 말합니다.

9. 납입완료보너스 관련 용어

- 가. 납입완료보너스 가산금액: 이 계약의 사업방법서에서 정한 방법에 따라 납입완료보너스 가산일에 추가납입보험료에 의한 적립금에 가산하는 금액을 말합니다.
- 나. 납입완료보너스 가산일: 이 계약의 사업방법서에서 정한 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일을 말하며, 해당월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- 다. 납입완료보너스 준비금: 납입완료보너스 가산일에 납입완료보너스 가산금액을 추가납입보험료에 의한 적립금에 가산하기 위하여 회사가 적립해 둔 금액으로 이 계약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 이 계약의 평균공시이율로 계산하여 적립한 금액을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 4 조 보험금의 지급사유

회사는 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 보험수익자에게 약정한 사망보험금(별표 1 ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제 5 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 기본보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후부터 기본보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 기본보험료의 납입이 면제된 경우 기본보험료 납입기간종료일까지 매월 월계약해당일에 기본보험료가 납입된 것으로 하여 계약자적립금, 예정적립금 및 예정기본해지환급금을 계산합니다.
- ② 제4조(보험금의 지급사유)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

【실종선고】

부재자 등의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속될 때에 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 법원은 실종선고를 하며, 실종선고를 받은 자는 실종기간이 만료한 때 사망한 것으로 봅니다.

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

- ③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제4조(보험금의 지급 사유)의 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ④ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일 또는 진단 확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 3 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.
- ⑨ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 3 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
- ⑩ 제1항 및 제9항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.
- ⑪ 장해분류표(별표 3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 3 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
- ⑫ 제2조(용어의 정의) 제7호 '가'목에서 정한 장기유지보너스 가산대상 계약에 한하여, 회사는 보험기간 중 피보험자에게 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우 이 계약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 보험금 지급사유 발생시점 기준으로 계산한 장기유지보너스 준비금을 보험금과 함께 지급합니다. 다만, 계약자가 보험가입금액을 감액한 이후에 피보험자가 사망한 경우에는 감액 이후 보험가입금액 및 기본보험료에 해당하는 장기유지보너스 준비금을 지급합니다.
- ⑬ 회사는 보험기간 중 피보험자에게 제4조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우 이 계약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 보험금 지급사유 발생시점 기준으로 계산한 납입완료보너스 준비금을 보험금과 함께 지급합니다. 다만, 계약자가 주계약의 보험가입금액 또는 특약의 보험가입금액을 감액한 이후에 피보험자가 사망한 경우에는 감액 이후 납입완료보너스 대상보험료에 해당하는 납입완료보너스 준비금을 지급합니다.
- ⑭ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑮ 제2조(용어의 정의) 제6호 '바'목 및 '아'목 에도 불구하고 보험기간 중 피보험자에게 사망보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 사망보험금과 '이미 납입한 보험료' 중에서 큰 금액을 사망보험금으로 지급합니다.

제 6 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우

특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급합니다.

나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 7 조 장기유지보너스에 관한 사항

① 회사는 제2조(용어의 정의) 제7호 '가'목에서 정한 장기유지보너스 가산대상 계약에 한하여 장기유지보너스 가산일에 장기유지보너스 가산금액을 추가납입보험료에 의한 적립금에 가산하여 드립니다. 다만 장기유지보너스 가산금액은 추가납입보험료가 아니므로 제2조(용어의 정의) 제5호 '나'목에서 정한 추가납입보험료로 보지 않습니다.

② 계약자가 보험가입금액을 감액할 경우에는 감액 이후 보험가입금액 및 기본보험료를 기준으로 장기유지보너스 가산을 적용합니다.

제 8 조 납입완료보너스에 관한 사항

① 회사는 납입완료보너스 가산일에 납입완료보너스 가산금액을 추가납입보험료에 의한 적립금에 가산하여 드립니다. 다만 납입완료보너스 가산금액은 추가납입보험료가 아니므로 제2조(용어의 정의) 제5호 '나'목에서 정한 추가납입보험료로 보지 않습니다.

② 계약자가 주계약의 보험가입금액 또는 특약의 보험가입금액을 감액할 경우에는 감액 이후 주계약 기본보험료 및 비갱신형 특약보험료를 기준으로 납입완료보너스 대상보험료를 적용합니다.

제 9 조 보험금 지급사유의 발생통지

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 10 조 보험금의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서를 포함하며, 이하 '신분증'이라 합니다)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익

자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
 2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
 3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서
- ③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 11 조 보험금의 지급절차

- ① 회사는 제10조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 제1항의 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제14항에 따라 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급 제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제17조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제2항의 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제 12 조 보험금 받는 방법의 변경

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 '평균공시이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 '평균공시이율'을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제 13 조 주소변경통지

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경 내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최초의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제 14 조 보험수익자의 지정

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

제 15 조 대표자의 지정

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【‘계약자의 책임’의 예시】

제9조(보험금 지급사유의 발생통지), 제10조(보험금의 청구), 제13조(주소변경통지), 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시), 제27조(제2회 이후 보험료의 납입) 등

【연대(連帶)】

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

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 16 조 계약 전 알릴 의무

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

제 17 조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제16조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 - 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 - 3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 - 4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였

을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)

5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때

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

- ② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제37조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제16조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

【계약 전 알릴 의무 위반 사례】

계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제 18 조 사기에 의한 계약

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자적립금의 인출이 있을 경우 이를 차감한 금액)를 돌려 드립니다.
- ③ 보험료 납입이 면제된 경우, 제2항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료(계약자적립금의 인출이 있으리 경우 이를 차감한 금액)로 합니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제 19 조 보험계약의 성립

- ① 계약은 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단 계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제31조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 20 조 청약의 철회

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회(撤回)할 수 있습니다. 다만, 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 청약을 철회할 수 없습니다.
1. 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약
 2. 청약을 한 날부터 30일을 초과한 경우. 다만, 청약시점에 만 65세 이상인 계약자가 전화를 이용하여 계약을 체결한 경우 '청약을 한 날부터 45일을 초과한 경우'로 합니다.

【전문금융소비자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

- ② 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.
- ③ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 **납입한 보험료 전액**을 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율(이하 '보험계약대출이율'이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- ④ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제 21 조 약관교부 및 설명의무 등

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.
1. 서면교부
 2. 우편 또는 전자우편
 3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시
- ② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하

는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

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

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

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

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 인하여 민법의 규정에 의한 상속순서에 따라 상속받는 자

- ⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자적립금의 인출이 있을 경우 이를 차감한 금액)를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ⑥ 보험료 납입이 면제된 경우, 제5항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료(계약자적립금의 인출이 있을 경우 이를 차감한 금액)로 합니다.

제 22 조 계약의 무효

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자적립금의 인출이 있을 경우 이를 차감한 금액)를 돌려드립니다.
 1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우
다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
 2. 만 15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우.
다만, 심신박약자(心神薄弱者)가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
 3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【심신상실자, 심신박약자】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력 또는 의사를 결정할 능력이 없거나 부족한 자

- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료(계약자적립금의 인출이 있을 경우 이를 차감한 금액)로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우

2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 23 조 계약내용의 변경 등

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험료의 납입방법

2. 보험가입금액

3. 계약자

4. 기타 계약의 내용

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

【설명】

계약자가 회사에 보험수익자가 변경되었음을 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 계약자로부터 보험수익자 변경에 관한 통지를 받지 못하여 변경 전 보험수익자에게 해당 보험금을 지급한 경우 회사는 변경된 보험수익자에게 해당 보험금을 다시 지급할 책임을 부담하지 않습니다.

③ 회사는 계약자가 제1항 제2호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 감액된 부분은 감액신청 시 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제37조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입 시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

④ 제3항에 따라 계약자가 보험가입금액을 감액 신청한 경우 사망보험금 계산시 적용하는 '이미 납입한 보험료' 및 '기준사망보험금'은 다음과 같습니다.

1. 감액신청 직후의 '이미 납입한 보험료' =

감액신청 직전 '이미 납입한 보험료' × (감액신청 직후 보험가입금액/감액신청 직전 보험가입금액)

2. 감액신청 직후의 '기준사망보험금' =

감액신청 직전 '기준사망보험금' × (감액신청 직후 보험가입금액/감액신청 직전 보험가입금액)

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항 제3호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제 24 조 보험나이

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제22조(계약의 무효) 제1항 제2호의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.

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

【매년 계약 해당일】

제2차년도 이후 매년의 계약일과 동일한 월, 일.

다만, 해당 월에 동일한 일이 없는 경우에는 해당 월의 말일

③ 청약서류상 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 사실과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경

합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2018년 4월 13일

⇒ 2018년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 29년 6월 11일 = 30세

제 25 조 계약의 소멸

피보험자에게 보험기간 중 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 26 조 제1회 보험료 및 회사의 보장개시

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

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

【보장개시일】

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

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

1. 제16조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

2. 제17조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 재해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다. 다만, 회사는 그 한도액을 초과하여 청약된 부분에 대한 보험료를 돌려 드립니다.

제 27 조 제2회 이후 보험료의 납입

① 계약자는 제2회 이후의 기본보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다. 또한, 계약자의 선택에 따라 보험료 납입기간이 지난 후부터 추가납입보험료의 납입한도 내에서 추가납입보험료를 납입할 수 있습니다.

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

② 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자는 회사에 납입된 총 납입보험료가 제2조(용어의 정의) 제5호 '다'에서 정한 보험료 납입한도에 도달한 경우에는 더 이상 보험료를 납입할 수 없습니다.

④ 보험료를 선납할 경우에는 당월분 포함 12개월분 이하의 기본보험료를 선납할 때에 한하며, 기본보험

료의 배수로 납입하여야 합니다.

⑤ 제4항의 선납보험료는 납입일부터 이 보험의 공시이율로 적립합니다. 다만, 선납보험료를 공시이율로 계산한 이자는 해당월 월계약해당일에 추가납입보험료에 의한 적립금으로 적립하며, 선납보험료를 공시이율로 계산한 이자는 추가납입보험료가 아니므로 제2조(용어의 정의) 제5호 '나'목에서 정한 추가납입보험료로 보지 않습니다.

⑥ 특약보험료의 경우 제4항에 따른 기본보험료의 배수와 동일한 배수에 해당하는 금액을 제4항에 따른 선납보험료와 함께 납입하여야 합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고, 3개월분 이상을 선납하는 경우 특약보험료는 각 특약의 평균공시이율로 할인하여 제4항에 따른 선납보험료와 함께 납입하여야 합니다.

제 28 조 보험료의 자동대출납입

① 계약자는 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제39조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 더한 금액이 해지환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제37조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함)등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제 29 조 월공제액의 공제

보험료 납입경과기간(납입기간×12회 납입) 이내에는 제2조(용어의 정의) 제5호 '아'목 '(1)'에 따라 월공제액을 공제하며, 보험료 납입경과기간(납입기간×12회 납입)이 지난 후에는 매월 월계약해당일에 제2조(용어의 정의) 제5호 '아'목 '(2)'에 따라 월공제액을 공제합니다.

【월공제액 공제 예시】

예1) 계약일 : 7월 15일, 보험료 납입일 : 매월 20일

⇒ 납입경과기간 이내 매월 20일, 납입경과기간이 지난 후 매월 15일 월공제액 공제

예2) 계약일 : 7월 15일, 보험료 납입일 : 매월 10일

⇒ 매월 15일 월공제액 공제

제 30 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지

① 다음의 각 호에 대하여 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정합니다.

1. 보험료 납입경과기간(납입기간×12회 납입) 이내 : 계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체중인 경우

2. 보험료 납입경과기간(납입기간×12회 납입)이 지난 후 : 계약자적립금의 인출 등의 사유로 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액기준, 특약의 해지환급금은 제외)에서 월공제액을 공제할 수 없게 된 경우

② 회사는 아래 사항에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려

드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제1항 및 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항 및 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제37조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고, 최저사망보험금 보증기간동안 최저사망보험금을 보장하며, 보험금 지급과 관련된 사항은 해지 전 약관에서 정한 사항을 준용합니다. 최저사망보험금 보증기간 동안에는 기본보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함) 또는 추가납입보험료를 납입할 수 없으며, 최저사망보험금 보증기간이 끝나는 날의 다음 날 이 계약은 더 이상 효력이 없습니다.

제 31 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)

- ① 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 다음의 금액에 연체된 기간 동안의 이 계약의 공시이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입연체로 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않는 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것

1. 보험료 납입경과기간(납입기간×12회 납입) 이내에 실효된 경우
보험료 납입경과기간까지는 연체된 기본보험료와 특약보험료(특약부활(효력회복)시)의 합계액 이상의 금액, 보험료 납입경과기간 이후 부활(효력회복)을 청약한 날까지는 연체된 월공제액 및 특약보험료(특약부활(효력회복)시) 이상의 금액
 2. 보험료 납입경과기간(납입기간×12회 납입)이 지난 후에 실효된 경우
부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 월공제액 및 특약보험료(특약부활(효력회복)시) 이상의 금액
- ② 제1항의 경우 보험료 납입경과기간(납입기간×12회 납입)이 지난 후 부활(효력회복)시 회사는 미공제된 월공제액을 공제합니다.
- ③ 제1항의 경우 기본보험금액은 계약이 해지된 시점의 기본보험금액을 기준으로 합니다.
- ④ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제16조(계약 전 알릴 의무), 제17조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제18조(사기에 의한 계약), 제19조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항, 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
- ⑤ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제17조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 32 조 강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게

지급한 금액을 회사에 지급하고 제23조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

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

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 33 조 '계약자의 임의해지' 및 '피보험자의 서면동의 철회권'

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제37조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제22조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래에 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제37조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 33 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제37조(해지환급금) 제10항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 34 조 중대사유로 인한 해지

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

【예시】

예를 들어, 입원을 보장하는 보험상품에 가입한 피보험자가 10일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 입원일수 10일을 기준으로 계산한 보험금은 지급합니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제37조(해지환급금)

제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 35 조 회사의 파산선고와 해지

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제 36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 드립니다.

제 36 조 공시이율의 적용 및 공시

- ① 이 계약에 적용되는 공시이율은 매월 1일 회사가 정하며 한달간 적용됩니다.
- ② 공시이율의 최저보증이율은 계약일로부터 3년 이내에는 연복리 1.0%, 3년 초과 5년 이내에는 연복리 0.75%, 5년 초과시 연복리 0.5%를 적용합니다.
- ③ 제1항의 공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 객관적인 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정합니다.
- ④ 회사는 제1항 내지 제3항에서 정한 공시이율 및 산출방법 등을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

【공시이율】

회사가 장래 보험금 지급을 위하여 납입보험료의 일정 부분을 적립해 가는데, 이때 적용하는 이율을 의미합니다. 이 보험의 공시이율은 회사의 운용자산이익률, 객관적인 외부지표금리(국고채 수익률 등 시중금리) 및 향후 운용수익률 예측분을 혼합하여 일정기간마다 산출하여 공시하고 있습니다.

【최저보증이율】

운용자산이익률 및 시중금리가 하락되더라도 회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율을 말합니다. 예를 들어, 공시이율을 적용하여 적립하는 금액은 공시이율이 0.25%인 경우, 공시이율(0.25%)이 아닌 최저보증이율(계약일로부터 3년 이내에는 연복리 1.0%, 3년 초과 5년 이내에는 연복리 0.75%, 5년 초과시 연복리 0.5%)로 적립됩니다.

제 37 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 회사는 해지환급금 일부지급형(납입기간중 50%)의 계약이 해지될 경우에는 아래의 금액을 해지환급금으로 지급합니다.

가. 보험료 납입기간 중

「조정해지환급금」 + 가산적립금 + 추가적립금

• 조정해지환급금 =

표준형의
예정기본해지환급금 × 50% × 해지환급금 조정계수

※ 해지환급금 조정계수

‘기본보험료에 의한 예정적립금’에 대한 ‘기본보험료에 의한 계약자적립금’의 비율을 말하며, ‘기본보험료에 의한 예정적립금’보다 ‘기본보험료에 의한 계약자적립금’이 클 경우 해지환급금 조정계수는 100%로 합니다.

나. 보험료 납입기간 후

해지환급금 일부지급형(납입기간중 50%) 계약의 계약자적립금

- ③ 회사는 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 제2항 ‘가’호에서 정한 금액을 해지환급금으로 지급합니다.

【해지환급금 일부지급형의 해지환급금에 관한 사항】

1. 해지환급금 일부지급형(납입기간중 50%)은 “해지환급금 일부지급형”상품으로 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 표준형의 해지환급금 대비 적은 해지환급금을 지급하는 대신 표준형보다 낮은 보험료로 종신보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. 표준형 상품은 보험료 및 해지환급금(환급률 포함)의 비교 안내만을 위한 상품으로 가입이 불가능하며, 표준형 상품의 해지환급금은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

- ④ 제2항의 경우 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험료 납입기간 후라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일부턴의 기간을 말합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】

계약일 : 2018년 4월 1일, 납입기간 : 20년납

⇒ 보험료 납입기간 중

: 2018년 4월 1일부터 2038년 3월 31일까지의 기간

- ⑤ 회사는 계약 체결시 해지환급금 일부지급형(납입기간중 50%) 및 표준형의 보험료 및 해지환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.
- ⑥ 해지환급금 계산시 적용되는 공시이율은 제36조(공시이율의 적용 및 공시)에서 정한 이율로 합니다.
- ⑦ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ⑧ 해지환급금 지급사유가 발생한 경우 장기유지보너스 준비금 및 납입완료보너스 준비금을 계약자에게 지급하지 않습니다. 다만, 제35조(회사의 파산선고와 해지)에 따라 계약이 해지된 경우에는 계약이 해지된 시점의 장기유지보너스 준비금 및 납입완료보너스 준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑨ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ⑩ 제33조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금(계약자적립금)을 반환하여 드립니다.

제 38 조 계약자적립금의 인출

- ① 계약자는 보험료 납입기간이 지난 후부터 보험기간 중에 회사가 정한 기준에 따라 보험년도 기준 연 12회까지 계약자적립금을 인출할 수 있으며, 1회당 인출가능금액은 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액 기준, 특약의 해지환급금은 제외)의 50% 범위 내입니다.

【보험년도】

보험계약일로부터 다음연도 보험계약일 전일까지 매1년 단위의 연도. 예를 들어, 보험계약일이 2014년 7월 15일인 경우 보험년도는 7월 15일부터 다음연도 7월 14일까지 1년

- ② 인출금액은 10만원 이상에 한하여 가능하며, 총 인출금액은 계약자가 실제 납입한 보험료 총액(단, 특약보험료 제외)을 초과할 수 없습니다.
- ③ 인출시 수수료는 인출금액의 0.2%이내(2,000원 한도)로 합니다. 다만, 보험년도 기준 연 4회에 한해서 인출 수수료를 면제하여 드립니다.
- ④ 계약자적립금의 인출은 추가납입보험료에 의한 적립금에서 우선적으로 가능하며, 추가납입보험료에 의한 적립금이 부족한 경우에 한하여 기본보험료에 의한 적립금에서 인출이 가능합니다.
- ⑤ 제1항에 따라 계약자적립금의 일부를 인출하기 위해서는 인출후 계약자적립금이 1구좌당 200만원(단, 1구좌는 보험가입금액 1억원을 말합니다) 미만인 되지 않아야 합니다.
- ⑥ 계약자적립금의 일부를 중도에 인출하는 경우 해지환급금은 계약자적립금의 인출금액과 이자가 차감되므로 최초 가입시 안내한 금액보다 적어질 수 있습니다.

【계약자적립금 인출 예시】

예1) 주계약 계약자적립금 및 해지환급금 1,000만원, 납입한 기본보험료 및 추가납입보험료 총액이

400만원일 경우
 ⇒ 1,000만원의 50%는 500만원이나, 납입한 보험료 총액 한도에 따라 400만원까지 인출 가능
 예2) 주계약 계약자적립금 및 해지환급금 300만원, 납입한 기본보험료 및 추가납입보험료 총액이 400만원일 경우
 ⇒ 300만원의 50%는 150만원이나, 계약자적립금이 200만원 미만이 되지 않아야 하므로 100만원까지 인출 가능
 ※ 다만, 인출금액에서 계약자적립금의 인출 수수료가 차감됩니다.

⑦ 계약자적립금의 인출 등으로 인하여 제30조(보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 제1항 제2호에 따라 이 계약이 해지될 수 있습니다.

제 39 조 보험계약대출

- ① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 '보험계약대출'이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제 40 조 배당금의 지급

이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제 41 조 분쟁의 조정

- ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함합니다)을 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제 42 조 관할법원

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

제 43 조 소멸시효

- ① 보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금청구권 및 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.
- ② 제1항의 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.

【소멸시효】

예를들어, 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 2016년 4월 1일에 발생하였음에도 보험수익자가 2019년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않은 경우 해당 보험금에 대한 3년의 소멸시효가 완성되어 보험수익자는 해당 보험금 등을 지급받지 못합니다.

제 44 조 약관의 해석

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제 45 조 설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약의 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
- ② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- ③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제 46 조 회사의 손해배상책임

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【 현저하게 공정을 잃은 합의 】

회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제 47 조 개인정보보호

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

제 48 조 준거법

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

제 49 조 예금보험에 의한 지급보장

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

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

급부명칭	지 급 사 유	지 급 금 액
사망보험금	보험기간 중 피보험자가 사망한 경우	사망보험금 지급사유 발생당시 기본보험금액

- 주) 1. 기본보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후부터 기본보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 기본보험료의 납입이 면제된 경우 기본보험료 납입기간종료일까지 매월 월계약해당일에 기본보험료가 납입된 것으로 하여 계약자적립금, 예정적립금 및 예정기본해지환급금을 계산합니다.
2. 기본보험금액이라 함은 기준사망보험금과 계약자적립금의 101% 금액 중 큰 금액을 말합니다.
3. 기준사망보험금은 보험가입금액으로 합니다. 다만, 추가납입보험료 납입시에는 추가납입전 기준 사망보험금에서 추가납입보험료를 더한 금액으로 하며 계약자적립금의 인출시에는 인출전 기준 사망보험금에서 계약자적립금의 인출금액을 차감한 금액으로 합니다. 한편, 계약자적립금의 인출로 인한 기준사망보험금의 감소는 계약자적립금의 인출 신청시점을 기준으로 계산합니다.
4. 최저사망보험금이라 함은 향후 공시이율에 관계없이 최저사망보험금 보증기간 동안 보장하는 최저한도의 사망보험금으로서, 사망보험금 지급사유 발생시점의 기본보험금액을 말합니다.
5. 최저사망보험금 보증기간이라 함은 보험료 납입경과기간이 지난 후 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)의 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날부터 예정해지환급금이 '0'이 될 때까지의 기간을 말합니다.
6. 장기유지보너스 가산대상 계약에 한하여 회사는 보험기간 중 피보험자에게 상기 사망보험금 지급사유가 발생한 경우 산출방법서에서 정한 방법에 따라 보험금 지급사유 발생시점 기준으로 계산한 장기유지보너스 준비금을 보험금과 함께 지급합니다. 다만, 계약자가 보험가입금액을 감액한 이후에 피보험자가 사망한 경우에는 감액 이후 보험가입금액 및 기본보험료에 해당하는 장기유지보너스 준비금을 지급합니다.
7. 회사는 보험기간 중 피보험자에게 상기 사망보험금 지급사유가 발생한 경우 산출방법서에서 정한 방법에 따라 보험금 지급사유 발생시점 기준으로 계산한 납입완료보너스 준비금을 보험금과 함께 지급합니다. 다만, 계약자가 주계약의 보험가입금액 또는 특약의 보험가입금액을 감액한 이후에 피보험자가 사망한 경우에는 감액 이후 납입완료보너스 대상보험료에 해당하는 납입완료보너스 준비금을 지급합니다.
8. 회사는 보험기간 중 피보험자에게 상기 사망보험금 지급사유가 발생한 경우 사망보험금과 '이미 납입한 보험료' 중에서 큰 금액을 사망보험금으로 지급합니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제37조 제7항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
사망보험금 (제4조) 장기유지보너스준비금 (제5조 제12항) 납입완료보너스준비금 (제5조 제13항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제37조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구 일까지의 기간	-1년이내: 공시이율의 50% -1년 초과기간:1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주).1. 지급이자 계산시 적용되는 공시이율 및 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 일자계산하며, 소멸시효(제43조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 제11조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】 장해분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 4 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

한화생명 평생동행 종신보험 2201 무배당[보증비용부과형]

-
- I. 선택특약(가나다순)
 - II. 제도성특약(가나다순)



특별약관은 특약에 대해 보험계약자의 청약이 있고 보험회사가 이를 승낙 후,
해당 보험료를 납입한 경우에만 적용됩니다.

13대질병수술보장특약(갱신형)(T3.4) 무배당[본인형,배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조(목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조(용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 특성은 다음과 같습니다.

[본인형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다

[배우자형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 피보험자의 가족 관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다)로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 주피보험자의 배우자로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우에는 제외합니다)에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 24조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

(4) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

(5) '(3)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

2. 지급사유 관련 용어

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

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결시점(갱신계약의 경우 갱신계약 체결시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이

율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일, 대체공휴일 및 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제12조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제15조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 10대특정질병의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 '10대특정질병'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '10대특정질병 분류표'(별표 3 참조)에서 정한 '위·십이지장궤양', '결핵', '신부전', '갑상선질환', '녹내장', '당뇨병질환', '고혈압질환', '동맥경화증', '만성 기관지염', '폐렴'을 말합니다.

② 10대특정질병의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(한의사, 치과의사 제외)의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제 4 조 3대다빈도질병의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 '3대다빈도질병'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '3대다빈도질병 분류표'(별표 4 참조)에서 정한 '관절염', '백내장', '생식기질환'을 말합니다.

② 3대다빈도질병의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제 5 조 수술의 정의와 장소

① 이 특약에 있어서 '수술'이라 함은 의사에 의하여 '10대특정질병' 또는 '3대다빈도질병'으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 수술을 받는 경우를 말합니다.

② 제1항에서 '수술'은 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 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) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '수술'에서 제외합니다.

③ 제2항에도 불구하고 제3조(10대특정질병의 정의 및 진단확정)의 '녹내장' 또는 제4조(3대다빈도질병의 정의 및 진단확정)의 '백내장'의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser)수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고 의 심의기구를 말합니다.

제 6 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 7 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 ‘10대특정질병’으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우(1회당): 10대특정질병 수술자금 지급
2. 피보험자가 보험기간 중 ‘3대다빈도질병’으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우(1회당): 3대다빈도질병 수술자금 지급

제 8 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제15조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제7조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 시각기 관련 ‘레이저(Laser)에 의한 안구 수술’ 또는 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 등은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술자금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 9 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 10 조 보험금 등의 청구 등

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 책임준비금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(해당 질병 진단서, 수술확인서, 진료기록부, 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 또는 책임준비금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 11 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급합니다. 다만, 보험금 또는 책임준비금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 12 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.

③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

- ⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제21조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 13 조 특약의 무효

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 14 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 15 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약 해당일 이후인 경우에는 100세 계약 해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 3. 제17조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 16 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부부터 제15조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 중

료일까지가 3년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 17 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 피보험자가 사망한 경우
- ② 제1항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제1호에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다른 경우, 주계약의 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다
- ④ 제1항 제2호의 경우 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제11조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 18 조 특약의 보장개시

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

제 19 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 20 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 21 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었거나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 22 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 특약 체결시 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 태아가 출생하기 전에 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하여 드립니다.
- ④ 제3항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제 22 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제24조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의

권리를 행사할 수 있습니다.

제 23 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 24 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제22조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 25 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지 급 사 유	지 급 금 액
10대특정질병 수술자금	피보험자가 보험기간 중 '10대특정질병'으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우	1회당 50만원
3대다빈도질병 수술자금	피보험자가 보험기간 중 '3대다빈도질병'으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우	1회당 20만원

- 주) 1. 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다.) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 주1)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제15조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. 시각기 관련 '레이저(Laser)에 의한 안구 수술' 또는 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 등은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술자금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
4. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제24조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
10대특정질병 수술자금, 3대다빈도질병 수술자금, (제7조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제24조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일 까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

10대특정질병 분류표

이 약관에서 규정하는 10대특정질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구 분	대상이 되는 질병	분류번호
위·십이지장궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명부위의 소화성 궤양	K27
결핵	결핵 [M01.1* : 결핵관절염(A18.01†)] [M49.0* : 척추의 결핵(A18.00†)] [M90.0* : 뼈의 결핵(A18.02†)] [N33.0* : 결핵성 방광염(A18.11†)] [N74.0* : 자궁경부의 결핵감염(A18.17†)] [N74.1* : 여성 결핵성 골반염증질환(A18.17†)] [K67.3* : 결핵성 복막염(A18.30†)] [K93.0* : 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-*)] 결핵의 후유증	A15~A19 M01.1* M49.0* M90.0* N33.0* N74.0* N74.1* K67.3* K93.0* B90
신부전	신부전	N17~N19
갑상선질환	갑상선의 장애 [H06.2* : 갑상선이상성 안구돌출(E05.0†)] 처치후 갑상선기능저하증	E00~E07 H06.2* E89.0
녹내장	녹내장 달리 분류된 질환에서의 녹내장	H40 H42*
당뇨병질환	당뇨병 당뇨병성 단일신경병증 당뇨병성 다발신경병증 당뇨병성 백내장 당뇨병성 망막병증 당뇨병성 관절병증 당뇨병에서의 사구체장애	E10~E14 G59.0* G63.2* H28.0* H36.0* M14.2* N08.3*
고혈압질환	본태성(원발성) 고혈압 고혈압성 심장병 고혈압성 신장병 고혈압성 심장 및 신장병 이차성 고혈압 배경망막병증 및 망막혈관변화	I10 I11 I12 I13 I15 H35.0
동맥경화증	죽상경화증	I70

구 분	대상이 되는 질병	분류번호
만성 기관지염	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
	폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17*
	[B25.0† : 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)]	B25.0†
	[B05.2† : 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)]	B05.2†
	[B01.2† : 수두폐렴(J17.1*)]	B01.2†
	[B58.3† : 폐톡소포자충증(J17.3*)]	B58.3†
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	재향군인병	A48.1

※ 당뇨병(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있습니다.

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

【 별표 4 】

3대다빈도질병 분류표

이 약관에서 규정하는 3대다빈도질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구 분	대상이 되는 질병	분류번호
관절염	감염성 관절병증 [M01.1* : 결핵관절염(A18.01†)] 제외	M00~M03 M01.1* 제외
	염증성 다발관절병증 [J99.0* : 류마티스페질환(M05.1†)] [M14.2* : 당뇨병성 관절병증] 제외	M05~M14 J99.0* M14.2* 제외
	관절증	M15~M19
	기타 관절 장애	M20~M25
백내장	노년백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타 장애	H27
생식기질환	남성생식기관의 질환(남성불임 제외) [A59.08 : 기타 및 상세불명의 비뇨생식기계 편모충증] [B26.0† : 불거리고환염(N51.1*)]	N40~N45, N47~N51 A59.08 B26.0†
	여성골반내기관의 염증성 질환 [N74.0* : 자궁경부의 결핵감염(A18.17†)] 제외 [N74.1* : 여성 결핵성 골반염증질환(A18.17†)] 제외	N70~N77 N74.0* 제외 N74.1* 제외
	여성생식관의 비염증성 장애 (습관적 유산자, 여성불임, 인공수정과 관련된 합병증 제외)	N80~N95
	달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N99

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3대질병보험료납입지원특약(갱신형)(T2.3) 무배당 [50%납입지원형, 100%납입지원형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제8조(납입지원대상보험료 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 해당계약: 이 특약의 적용을 받는 주계약 및 갱신형 특약을 말합니다.

라. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

마. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

바. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

사. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람으로 해당계약의 피보험자로 하며, 주계약 피보험자와 특약의 피보험자가 동일한 경우에 한합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 2 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 3 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

라. 암보장개시일: 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제6항에서 정한 '유방암 및 전립선암' 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

라. 약정보험료: 계약 체결시 보험가입금액을 기준으로 계산된 매월 계속 납입하기로 약정한 해당계약의 월납보험료를 말합니다.

마. 납입지원대상보험료

[50%납입지원형]

'약정보험료 × 이 특약의 보험기간 × 12 × 50%'를 말합니다.

[100%납입지원형]

‘약정보험료 × 이 특약의 보험기간 × 12’를 말합니다.

- ‘이 특약의 보험기간’은 ‘해당계약의 보험료 납입기간’을 말하며, 해당계약이 갱신되어 보험료 납입기간이 변경되는 경우 이 특약의 보험기간도 변경됩니다.

【해당계약이 갱신형 계약인 경우 납입지원대상보험료 예시】

해당계약 최초계약: 20년만기, 전기납, 월납보험료 10,000원

→ ‘50%납입지원형’ 선택 시 납입지원대상보험료: 120만원 (=10,000원×20×12×50%)

해당계약 갱신계약: 10년만기, 전기납, 월납보험료 10,000원

→ ‘50%납입지원형’ 선택 시 납입지원대상보험료: 60만원 (=10,000원×10×12×50%)

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제13조(특약의 성립)에 따라 해당계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제16조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 ‘암’ 등의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 ‘암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)’이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외](별표 4 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물), 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물), 제4조(‘대장점막내암’의 정의 및 진단 확정)에서 정한 ‘대장점막내암’ 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 ‘기타피부암’이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 ‘갑상선암’이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 ‘유방암’이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에 있어서 ‘전립선암’이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에 있어서 ‘유방암 및 전립선암’ 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)이라 함은 제1항에서 정한 ‘암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)’에서 제4항에서 정한 ‘유방암’과 제5항에서 정한 ‘전립선암’을 제외한 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)을 말합니다.

⑦ 제1항 내지 제6항에서 정한 암 등의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 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 때(암이 전신으로 전이되어 조직검사가 불가능한 경우나 피보험자가 사망한 경우 등을 말합니다)에는 피보험자가 제1항 내지 제6항에서 정한 암 등으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제 4 조 '대장점막내암'의 정의 및 진단 확정

- ① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.
- ② 대장점막내암의 진단 확정은 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때(암이 전신으로 전이되어 조직검사가 불가능하거나 피보험자가 사망한 경우 등을 말합니다)에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다.

제 5 조 '뇌출혈'의 정의 및 진단 확정

- ① 이 특약에 있어서 '뇌출혈'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 뇌출혈 분류표(별표 5 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매는 제외됩니다.
- ② 뇌출혈의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영술, 양전자방출단층촬영술(PET), 단일광자 방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 6 조 '급성심근경색증'의 정의 및 진단 확정

- ① 이 특약에 있어서 '급성심근경색증'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 급성 심근경색증 분류표(별표 6 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 급성심근경색증의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장 초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심근효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인(死因)이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제 7 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1.시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 8 조 납입지원대상보험료 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 제2조(용어의 정의) 제3호 ‘마’목의 ‘납입지원대상보험료’를 지급합니다.(최초 사유발생에 한하여 1회한)

1. 암보장개시일 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제6항에서 정의한 ‘유방암 및 전립선암’ 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정된 경우
2. 보장개시일 이후에 ‘뇌출혈’ 또는 ‘급성심근경색증’으로 진단이 확정된 경우

제 9 조 납입지원대상보험료 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표(별표 2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료 납입기간 중 제8조(납입지원대상보험료 지급사유)에서 정하는 납입지원대상보험료 지급사유 이외의 원인으로 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제16조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ④ 이 특약이 부가된 주계약의 보험기간 중 중도에 추가로 가입하는 특약의 보험료는 제2조(용어의 정의) 제3호 ‘마’목의 ‘납입지원대상보험료’ 계산시 ‘약정보험료’에 포함되지 않습니다.
- ⑤ 계약자는 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제6항에서 정한 ‘유방암 및 전립선암’ 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정된 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 이 특약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
- ⑥ 보험료 납입이 면제된 경우, 제5항의 ‘이미 납입한 이 특약의 보험료’는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

⑦ 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일 전일 이전에 ‘유방암 및 전립선암’ 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)으로 진단 확정되었으나 제5항에서 계약자가 이 특약의 취소를 선택하지 않은 때에는 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 ‘유방암 및 전립선암’ 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 ‘유방암 및 전립선암’ 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)으로 제8조(납입지원보험료 지급사유)의 납입지원대상보험료 지급사유가 발생한 경우라도 납입지원대상보험료를 지급하지 않습니다. 다만, 청약일(부활(효력회복)청약일)부터 암보장개시일 전일 이전에 ‘유방암 및 전립선암’ 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)으로 진단 확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 ‘유방암 및 전립선암’ 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)으로 인하여 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제8조(납입지원대상보험료 지급사유)에 따라 납입지원대상보험료를 지급합니다.

⑧ 제8조(납입지원대상보험료 지급사유)에서 보험기간 중 피보험자가 보장개시일(‘유방암 및 전립선암’ 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)은 암보장개시일) 이후에 사망하고, 그 후에 ‘유방암 및 전립선암’ 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외), ‘뇌출혈’ 또는 ‘급성심근경색증’을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 납입지원대상보험료를 지급합니다. 그러나, 보장개시일(‘유방암 및 전립선암’ 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)은 암보장개시일) 전일 이전에 ‘유방암 및 전립선암’ 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외), ‘뇌출혈’ 또는 ‘급성심근경색증’으로 진단이 확정된 경우에는 납입지원대상보험료를 지급하지 않습니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 제18조(특약의 소멸) 제3항에 따라 사망 당시의 책임준비금이 지급된 경우에는 해당 납입지원대상보험료에서 이미 지급된 사망 당시의 책임준비금을 차감하여 지급합니다.

⑩ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑪ 제10항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 2 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑮ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 2 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 2 참조)의 각 신체부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑯ 제1항 및 제15항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑰ 장해분류표(별표 2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 2 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑱ 제7항의 ‘암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납

입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제8조(납입지원대상보험료 지급사유)의 납입지원대상보험료 지급사유 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 납입지원대상보험료 지급 또는 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 10 조 납입지원대상보험료를 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 납입지원대상보험료 지급사유가 발생한 때에는 납입지원대상보험료를 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 납입지원대상보험료 지급사유가 발생한 때에는 납입지원대상보험료 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 11 조 납입지원대상보험료 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 납입지원대상보험료, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서를 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 납입지원대상보험료, 책임준비금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

【 책임준비금 】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 12 조 납입지원대상보험료 등의 지급 절차

① 회사는 제11조(납입지원대상보험료 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입지원대상보험료 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 납입지원대상보험료 지급, 책임준비금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 납입지원대상보험료 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 납입지원대상보험료 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는

‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’(별표 1 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 13 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 보장성 주계약 및 갱신형 특약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 계약자는 이 특약을 청약할 때 50%납입지원형 또는 100%납입지원형 중 선택하여 청약하여야 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제8조(납입지원대상보험료 지급 사유) 및 제9조(납입지원대상보험료 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 ‘청약일로부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제22조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 14 조 특약의 무효

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려 드립니다.
- ② 해당계약이 해당계약의 약관에서 정한 사유로 인해 무효가 되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려 드립니다.
- ③ 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항 및 제2항의 ‘이미 납입한 이 특약의 보험료’는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 15 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 해당계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 해당계약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 약정보험료는 감액 이후 보험가입금액 기준으로 감소되며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제25조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해당계약 보험가입금액 등의 감액시 납입지원대상보험료는 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 16 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제21조(보험료의 납입이 연체되

는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 해당계약의 보험료 납입기간 종료일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
3. 제18조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우

④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제 17 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 해당계약의 보험료 납입기간과 동일합니다.

제 18 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 해당계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우(이 특약의 적용을 받는 주계약이 보험기간 중 계약자의 신청과 회사의 승낙을 통해 최초 가입 당시의 계약과 상이한 계약으로 전환을 하는 경우 등을 포함)

2. 피보험자가 사망한 경우

3. 제8조(납입지원대상보험료 지급사유)에서 정한 납입지원대상보험료 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

④ 제8조(납입지원대상보험료 지급사유)에서 정하는 납입지원대상보험료 지급사유 이외의 원인으로 해당계약의 보험금 지급사유가 발생하고 해당계약이 소멸하는 경우에는 계약자에게 해당계약에 해당하는 이 특약의 소멸 당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

⑤ 제3항 및 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제11조(납입지원대상보험료 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제12조(납입지원대상보험료 등의 지급 절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 19 조 특약의 보장개시

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 해당계약의 보장개시일과 동일합니다.

② 제1항에도 불구하고 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제6항의 '유방암 및 전립선암' 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)으로 인한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 '라'목의 '암 보장개시일'로 합니다.

③ 갱신계약의 경우 제2조(용어의 정의) 제5호 '라'목의 '갱신일'을 보장개시일 및 암보장개시일로 합니다.

제 20 조 보험료의 납입

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

제 21 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 해당계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 납입지원대상 보험료 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제25조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 22 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 해당계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 해당계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 해당계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 해당계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제6항에서 정의한 '유방암 및 전립선암' 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)으로 인한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 '라'목의 '암보장개시일'로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 23 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제25조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 23 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제25조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 24 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 납입지원대상보험료를 지급받을 목적으로 고의로 납입지원대상보험료 지급사유를 발생시킨 경우
 - 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 납입지원대상보험료 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 납입지원대상보험료 지급사유가 발생한 경우에는 납입지원대상보험료 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제25조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 25 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 1 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제23조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 26 조 해당계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 해당계약의 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항 및 제25조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
납입지원대상보험료 (제8조), 사망 당시의 책임준비금 (제18조 제3항), 소멸 당시의 책임준비금 (제18조 제4항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제25조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과 기간 :1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 해당계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 2 】 장애분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 3 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 4 】

대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외]

이 약관에서 규정하는 악성 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 ~ C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45 ~ C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51 ~ C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60 ~ C63
10. 요로의 악성 신생물	C64 ~ C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76 ~ C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81 ~ C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

- ※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ※ '소화기관의 악성 신생물(C15~C26)'의 경우 약관 제4조('대장점막내암'의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '대장점막내암'은 제외합니다.

【 별표 5 】

뇌출혈 분류표

이 약관에서 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	I62

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

【 별표 6 】

급성 심근경색증 분류표

이 약관에서 규정하는 급성 심근경색증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
급성 심근경색증	I21
후속심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3대질병보험료납입지원특약(비갱신형)(T2.3) 무배당 [50%납입지원형, 100%납입지원형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제8조(납입지원대상보험료 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 해당계약: 이 특약의 적용을 받는 주계약 및 비갱신형 특약을 말합니다.

라. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

마. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

바. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

사. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람으로 해당계약의 피보험자로 하며, 주계약 피보험자와 특약의 피보험자가 동일한 경우에 한합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 2 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 3 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

라. 암보장개시일: 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제6항에서 정한 '유방암 및 전립선암' 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)에 대한 보장개시일은 보험계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

라. 약정보험료: 계약 체결시 보험가입금액을 기준으로 계산된 매월 계속 납입하기로 약정한 해당계약의 월납보험료를 말합니다.

마. 납입지원대상보험료

[50%납입지원형]

'약정보험료 × 이 특약의 보험기간 × 12 × 50%'를 말합니다.

[100%납입지원형]

'약정보험료 × 이 특약의 보험기간 × 12'를 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '암' 등의 정의 및 진단 확정

- ① 이 특약에 있어서 '암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타 피부의 악성 신생물, 갑상선암 및 대장점막내암 제외](별표 4 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물), 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물), 제4조('대장점막내암'의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '대장점막내암' 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.
- ② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에 있어서 '유방암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에 있어서 '전립선암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에 있어서 '유방암 및 전립선암' 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)이라 함은 제1항에서 정한 '암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)'에서 제4항에서 정한 '유방암'과 제5항에서 정한 '전립선암'을 제외한 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)을 말합니다.
- ⑦ 제1항 내지 제6항에서 정한 암 등의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 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 때(암이 전신으로 전이되어 조직검사가 불가능한 경우나 피보험자가 사망한 경우 등을 말합니다)에는 피보험자가 제1항 내지 제6항에서 정한 암 등으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제 4 조 '대장점막내암'의 정의 및 진단 확정

- ① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

② 대장점막내암의 진단 확정은 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때(암이 전신으로 전이되어 조직검사가 불가능하거나 피보험자가 사망한 경우 등을 말합니다)에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다.

제 5 조 '뇌출혈'의 정의 및 진단 확정

- ① 이 특약에 있어서 '뇌출혈'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 뇌출혈 분류표(별표 5 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매는 제외됩니다.
- ② 뇌출혈의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영술, 양전자방출단층촬영술(PET), 단일광자 방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 6 조 '급성심근경색증'의 정의 및 진단 확정

- ① 이 특약에 있어서 '급성심근경색증'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 급성 심근경색증 분류표(별표 6 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 급성심근경색증의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장 초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심근효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인(死因)이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제 7 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1.시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 8 조 납입지원대상보험료 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 제2조(용어의 정의) 제3호 '마'목의 '납입지원대상보험료'를 지급합니다.(최초 사유발생에 한하여 1회한)

1. 암보장개시일 이후에 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제6항에서 정의한 '유방암 및 전립선암' 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정된 경우
2. 보장개시일 이후에 '뇌출혈' 또는 '급성심근경색증'으로 진단이 확정된 경우

제 9 조 납입지원대상보험료 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 이 특약의 보험료 납입기간 중 제8조(납입지원대상보험료 지급사유)에서 정하는 납입지원대상보험료 지급사유 이외의 원인으로 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ③ 이 특약이 부가된 주계약의 보험기간 중 중도에 추가로 가입하는 특약의 보험료는 제2조(용어의 정의) 제3호 '마'목의 '납입지원대상보험료' 계산시 '약정보험료'에 포함되지 않습니다.
- ④ 계약자는 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제6항에서 정한 '유방암 및 전립선암' 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정된 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 이 특약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
- ⑤ 보험료 납입이 면제된 경우, 제4항의 '이미 납입한 이 특약의 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ⑥ 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일 전일 이전에 '유방암 및 전립선암' 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)으로 진단 확정되었으나 제4항에서 계약자가 이 특약의 취소를 선택하지 않은 때에는 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 '유방암 및 전립선암' 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 '유방암 및 전립선암' 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)으로 제8조(납입지원대상보험료 지급사유)의 납입지원대상보험료 지급사유가 발생한 경우라도 납입지원대상보험료를 지급하지 않습니다. 다만, 청약일(부활(효력회복)청약일)부터 암보장개시일 전일 이전에 '유방암 및 전립선암' 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)으로 진단 확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 '유방암 및 전립선암' 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)으로 인하여 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 암보장개시일로부터 5년이 지난 이후에는 제8조(납입지원대상보험료 지급사유)에 따라 납입지원대상보험료를 지급합니다.
- ⑦ 제8조(납입지원대상보험료 지급사유)에서 보험기간 중 피보험자가 보장개시일('유방암 및 전립선암' 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)은 암보장개시일) 이후에 사망하고, 그 후에 '유방암 및 전립선암' 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외), '뇌출혈' 또는 '급성심근경색증'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 납입지원대상보험료를 지급합니다. 그러나, 보장개시일('유방암 및 전립선암' 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)은 암보장개시일) 전일 이전에 '유방암 및 전립선암' 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외), '뇌출혈' 또는 '급성심근경색증'으로 진단이 확정된 경우에는 납입지원대상보험료를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 제7항에도 불구하고 제17조(특약의 소멸) 제3항에 따라 사망 당시의 책임준비금이 지급된 경우에는 해당 납입지원대상보험료에서 이미 지급된 사망 당시의 책임준비금을 차감하여 지급합니다.
- ⑨ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상

태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑩ 제9항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 2 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑭ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 2 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 2 참조)의 각 신체부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑮ 제1항 및 제14항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑯ 장해분류표(별표 2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 2 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑰ 제6항의 '암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑱ 보험수익자와 회사가 제8조(납입지원대상보험료 지급사유)의 납입지원대상보험료 지급사유 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 납입지원대상보험료 지급 또는 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 10 조 납입지원대상보험료를 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 납입지원대상보험료 지급사유가 발생한 때에는 납입지원대상보험료를 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 납입지원대상보험료 지급사유가 발생한 때에는 납입지원대상보험료 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 11 조 납입지원대상보험료 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 납입지원대상보험료, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서를 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 납입지원대상보험료, 책임준비금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

【 책임준비금 】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 12 조 납입지원대상보험료 등의 지급 절차

① 회사는 제11조(납입지원대상보험료의 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입지원대상보험료 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 납입지원대상보험료 지급, 책임준비금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 납입지원대상보험료 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 납입지원대상보험료 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 1 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 13 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 보장성 주계약 및 비갱신형 특약에 부가하여 이루어집니다.

② 계약자는 이 특약을 청약할 때 50%납입지원형 또는 100%납입지원형 중 선택하여 청약하여야 합니다.

③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제8조(납입지원대상보험료 지급사유) 및 제9조(납입지원대상보험료 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제21조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 14 조 특약의 무효

① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로

됩니다)에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려 드립니다.

② 해당계약이 해당계약의 약관에서 정한 사유로 인해 무효가 되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려 드립니다.

③ 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항 및 제2항의 '이미 납입한 이 특약의 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우

2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 15 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 해당계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 해당계약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 약정보험료는 감액 이후 보험가입금액 기준으로 감소되며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 해당계약 보험가입금액 등의 감액시 납입지원대상보험료는 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 16 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 해당계약의 보험료 납입기간과 동일합니다.

제 17 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 해당계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우(이 특약의 적용을 받는 주계약이 보험기간 중 계약자의 신청과 회사의 승낙을 통해 최초 가입 당시의 계약과 상이한 계약으로 전환을 하는 경우 등을 포함)

2. 피보험자가 사망한 경우

3. 제8조(납입지원대상보험료 지급사유)에서 정한 납입지원대상보험료 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

④ 제8조(납입지원대상보험료 지급사유)에서 정하는 납입지원대상보험료 지급사유 이외의 원인으로 해당계약의 보험금 지급사유가 발생하고 해당계약이 소멸하는 경우에는 계약자에게 해당계약에 해당하는 이 특약의 소멸 당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

⑤ 제3항 및 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제11조(납입지원대상보험료 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제12조(납입지원대상보험료 등의 지급 절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 18 조 특약의 보장개시

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 해당계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제6항의 '유방암 및 전립선암' 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)으로 인한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 '라'목의 '암 보장개시일'로 합니다.

제 19 조 보험료의 납입

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

제 20 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 해당계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 납입지원대상 보험료 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 21 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 해당계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 해당계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 해당계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 해당계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제6항에서 정의한 '유방암 및 전립선암' 이외의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)으로 인한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 '라'목의 '암보장개시일'로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 22 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 22 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제24조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 23 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 납입지원대상보험료를 지급받을 목적으로 고의로 납입지원대상보험료 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 납입지원대상보험료 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 납입지원대상보험료 지급사유가 발생한 경우에는 납입지원대상보험료 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 24 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 1 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제22조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 25 조 해당계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 해당계약의 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항 및 제24조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
납입지원대상보험료 (제8조), 사망 당시의 책임준비금 (제17조 제3항), 소멸 당시의 책임준비금 (제17조 제4항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제24조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과 기간 :1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 해당계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 2 】 장애분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 3 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 4 】

대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외]

이 약관에서 규정하는 악성 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 ~ C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45 ~ C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51 ~ C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60 ~ C63
10. 요로의 악성 신생물	C64 ~ C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76 ~ C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81 ~ C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

- ※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ※ '소화기관의 악성 신생물(C15~C26)'의 경우 약관 제4조('대장점막내암'의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '대장점막내암'은 제외합니다.

【 별표 5 】

뇌출혈 분류표

이 약관에서 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	I62

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

【 별표 6 】

급성 심근경색증 분류표

이 약관에서 규정하는 급성 심근경색증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
급성 심근경색증	I21
후속심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

간병인지원금특약(11-180일)(갱신형)(T1.1) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 질병 또는 재해: 별표 3 '질병 및 재해분류표Ⅱ'에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

나. 재해: 별표 4 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 장애: 별표 5 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

라. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제12조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제15조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 입원의 정의와 장소

이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)의 규정에 의한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조 '입원기간Ⅰ', '입원기간Ⅱ' 및 '입원기간Ⅲ' 등의 정의

① 이 특약에 있어서 '동일 입원'이라 함은 피보험자가 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하여 계속 입원한 경우 또는 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우(이전(移轉)하여 입원한 경우를 포함)를 말합니다. 그러나, 동일한 '질병 또는 재해'에 의한 입원이라도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

1. 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하는 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 최초로 개시한 입원
2. 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하는 입원의 일수를 더하여 180일이 되는 날로부터 180일이 지나서 개시한 입원
3. 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하는 입원의 일수를 더하여 180일이 되는 날로부터 퇴원없이 계속 입원하여 180일이 지난 입원

② 이 특약에 있어서 '입원기간Ⅰ'이라 함은 '동일 입원'한 일수를 더하여 10일이 된 날의 다음날부터의 입원기간으로 하며, 170일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 '동일 입원'이 갱신 전후에 계속되는 경우, 갱신 전후에 '동일 입원'한 기간을 더하여 '입원기간Ⅰ'을 계산합니다.

③ 이 특약에 있어서 '입원기간Ⅱ'라 함은 '동일 입원'한 일수를 더하여 20일이 된 날의 다음날부터의 입원기간으로 하며, 160일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 '동일 입원'이 갱신 전후에 계속되는 경우, 갱신 전후에 '동일 입원'한 기간을 더하여 '입원기간Ⅱ'을 계산합니다.

④ 이 특약에 있어서 '입원기간Ⅲ'라 함은 '동일 입원'한 일수를 더하여 30일이 된 날의 다음날부터의 입원기간으로 하며, 150일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 '동일 입원'이 갱신 전후에 계속되는 경우, 갱신 전후에 '동일 입원'한 기간을 더하여 '입원기간Ⅲ'을 계산합니다.

【제4조 제1항 제3호 및 동조 제2항 입원기간Ⅰ 예시】

퇴원없이 계속 입원							
		입원기간Ⅰ (170일)	(180일)			입원기간Ⅰ (170일)	...
최초 입원일	최초입원일 +10일	최초입원일 +180일		새로운 입원일	새로운 입원일 +10일	새로운 입원일 +180일	

【제4조 제1항 제3호 및 동조 제3항 입원기간Ⅱ 예시】

퇴원없이 계속 입원							
		입원기간Ⅱ (160일)	(180일)			입원기간Ⅱ (160일)	...

최초 입원일	최초입원일 +20일	최초입원일 +180일	새로운 입원일	새로운 +20일	새로운 +180일
【제4조 제1항 제3호 및 동조 제4항 입원기간Ⅲ 예시】					
퇴원없이 계속 입원					
	입원기간Ⅲ (150일)	(180일)		입원기간Ⅲ (150일)	...
최초 입원일	최초입원일 +30일	최초입원일 +180일	새로운 입원일	새로운 +30일	새로운 +180일

제 5 조 '간병인'의 정의

- ① 이 특약에서 '간병인' 이라 함은 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 사업자등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자등록된 자에 한합니다. 다만, 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 합니다.
- ② 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【'간병인'의 주요업무 예시】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제 6 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 7 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. 보험기간 중 피보험자가 질병으로 진단받거나 재해가 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 '입원기간 I' 중에 '간병인'을 실제 선택하여 사용하였을 경우: 간병인지원급여금 I 지급 (간병인 사용 1일당)
2. 보험기간 중 피보험자가 질병으로 진단받거나 재해가 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 '입원기간 II' 중에 '간병인'을 실제 선택하여 사용하였을 경우: 간병인지원급여금 II 지급 (간병인 사용 1일당)
3. 보험기간 중 피보험자가 질병으로 진단받거나 재해가 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 '입원기

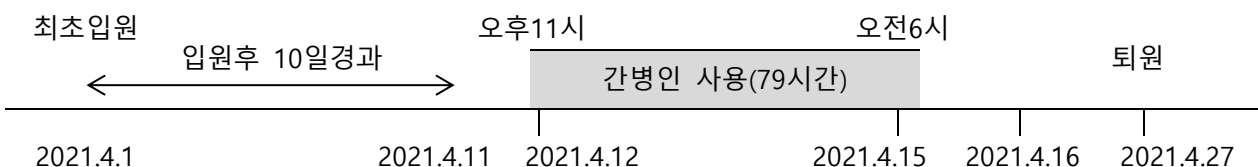
간Ⅲ' 중에 '간병인'을 실제 선택하여 사용하였을 경우: 간병인지원급여금Ⅲ 지급 (간병인 사용 1일당)
 ※ 상기 질병 또는 재해는 '질병 및 재해분류표Ⅱ'(별표 3 참조)에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

제 8 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 5 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제15조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ④ 제7조(보험금의 지급사유)의 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스의 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우
 2. 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 요양병원에서 피보험자를 포함하여 다수를 공동간병하는 경우
- ⑤ 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 '간병인 사용'은 1일을 기준으로 하며, 1일당 8시간 이상 간병인을 사용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 보험금을 지급합니다.

【 간병인지원급여금 I 간병인 사용 인정일수 계산 예시 】

- 최초 입원일시 : 2021년 4월 1일
- 간병인 사용시간 : 2021년 4월 11일 오후 11시 ~ 4월 15일 오전 6시 (79시간)



- ☞ 실제 간병인 사용시간 : 79시간 (1시간 + 24시간 + 24시간 + 24시간 + 6시간)
- 간병인 사용 인정일수 : 3일 (0일 + 1일 + 1일 + 1일 + 0일)

- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간Ⅰ, 입원기간Ⅱ 또는 입원기간Ⅲ(이하 '입원기간'이라 합니다) 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호에서 정한 각 해당 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호에서 정한 각 해당 보험금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 '동일 입원'으로 보아 보험금 지급 여부를 판단합니다.
- ⑧ 제7조(보험금의 지급사유) 제1호에도 불구하고 피보험자가 입원기간Ⅰ 동안 간병인을 실제 선택하여 사용한 일수가 170일 미만이고 입원기간Ⅰ 이후에도 '동일 입원'이 계속되는 경우에는 '입원기간Ⅰ의 최종일의 다음날부터 180일이 경과되는 날의 전일까지 간병인을 실제 선택하여 사용한 일수'와 '입원기간Ⅰ 동안 간병인을 실제 선택하여 사용한 일수'를 합산하여 170일을 최고한도로 간병인지원급여금Ⅰ을 지급하여 드립니다.

- ⑨ 제7조(보험금의 지급사유) 제2호에도 불구하고 피보험자가 입원기간Ⅱ동안 간병인을 실제 선택하여 사용한 일수가 160일 미만이고 입원기간Ⅱ 이후에도 '동일 입원'이 계속되는 경우에는 '입원기간Ⅱ의 최종일의 다음날부터 180일이 경과되는 날의 전일까지 간병인을 실제 선택하여 사용한 일수'와 '입원기간Ⅱ동안 간병인을 실제 선택하여 사용한 일수'를 합산하여 160일을 최고한도로 간병인지원급여금Ⅱ을 지급하여 드립니다.
- ⑩ 제7조(보험금의 지급사유) 제3호에도 불구하고 피보험자가 입원기간Ⅲ동안 간병인을 실제 선택하여 사용한 일수가 150일 미만이고 입원기간Ⅲ 이후에도 '동일 입원'이 계속되는 경우에는 '입원기간Ⅲ의 최종일의 다음날부터 180일이 경과되는 날의 전일까지 간병인을 실제 선택하여 사용한 일수'와 '입원기간Ⅲ동안 간병인을 실제 선택하여 사용한 일수'를 합산하여 150일을 최고한도로 간병인지원급여금Ⅲ을 지급하여 드립니다.
- ⑪ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 5 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 5 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑭ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑮ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.
- ⑯ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 5 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 5 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑰ 제1항 및 제16항의 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.
- ⑱ 장해분류표(별표 5 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 5 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
- ⑲ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 9 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 10 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 간병인 사용확인서(회사양식)
3. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서 등)
4. 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다)
5. 간병인이 소속된 업체의 사업자등록증 사본
6. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
7. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령, 책임준비금 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제3호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 11 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급합니다. 다만, 보험금 및 책임준비금의 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 12 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

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

- ③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제7조(보험금의 지급사유) 및 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제21조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 13 조 특약의 무효

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 14 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 특약가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 15 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약 해당일 이후인 경우에는 100세 계약 해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 3. 제17조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 16 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일로부터 제15조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 5년(최초계약의 보험기간이 10년인 경우에는 10년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 17 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 - 2. 피보험자가 사망한 경우
- ② 제1항 제2호'사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제11조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 18 조 특약의 보장개시

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 19 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 20 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이

영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 21 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 22 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 22 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제24조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 23 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 24 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제22조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 25 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
간병인 지원급여금Ⅰ	보험기간 중 피보험자가 질병으로 진단받거나 재해가 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 '입원기간Ⅰ' 중에 '간병인'을 실제 선택하여 사용하였을 경우	간병인 사용 1일당 4만원
간병인 지원급여금Ⅱ	보험기간 중 피보험자가 질병으로 진단받거나 재해가 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 '입원기간Ⅱ' 중에 '간병인'을 실제 선택하여 사용하였을 경우	간병인 사용 1일당 5만원
간병인 지원급여금Ⅲ	보험기간 중 피보험자가 질병으로 진단받거나 재해가 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 '입원기간Ⅲ' 중에 '간병인'을 실제 선택하여 사용하였을 경우	간병인 사용 1일당 3만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 5 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 주1) 및 주2)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제15조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
5. '동일 입원'이라 함은 피보험자가 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하여 계속 입원한 경우 또는 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우(이전(移轉)하여 입원한 경우를 포함)를 말합니다. 그러나, 동일한 '질병 또는 재해'에 의한 입원이라도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- (1) 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하는 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 최초로 개시한 입원
 - (2) 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하는 입원의 일수를 더하여 180일이 되는 날로부터 180일이 지나서 개시한 입원
 - (3) 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하는 입원의 일수를 더하여 180일이 되는 날로부터 퇴원없이 계속 입원하여 180일이 지난 입원
6. '입원기간Ⅰ'이라 함은 피보험자가 '동일 입원'한 일수를 더하여 10일이 된 날의 다음날부터의 입원기간으로 하며, 170일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 '동일 입원'이 갱신 전후에 계속되는 경우, 갱신 전후에 '동일 입원'한 기간을 더하여 '입원기간Ⅰ'을 계산합니다.
7. '입원기간Ⅱ'라 함은 피보험자가 '동일 입원'한 일수를 더하여 20일이 된 날의 다음날부터의 입원기

간으로 하며, 160일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 '동일 입원'이 갱신 전후에 계속 되는 경우, 갱신 전후에 '동일 입원'한 기간을 더하여 '입원기간Ⅱ'을 계산합니다.

8. '입원기간Ⅲ'라 함은 피보험자가 '동일 입원'한 일수를 더하여 30일이 된 날의 다음날부터의 입원기간으로 하며, 150일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 '동일 입원'이 갱신 전후에 계속 되는 경우, 갱신 전후에 '동일 입원'한 기간을 더하여 '입원기간Ⅲ'을 계산합니다.
9. '간병인 사용'은 1일을 기준으로 하며, 1일당 8시간 이상 간병인을 사용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 보험금을 지급합니다.
10. 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스의 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호에서 정한 보험금은 지급하지 않습니다.
11. 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 요양병원에서 피보험자를 포함하여 다수를 공동간병하는 경우에는 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호에서 정한 보험금은 지급하지 않습니다.
12. 상기 질병 또는 재해는 '질병 및 재해분류표Ⅱ'(별표 3 참조)에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.
13. 제7조(보험금의 지급사유) 제1호에도 불구하고 피보험자가 입원기간Ⅰ 동안 간병인을 실제 선택하여 사용한 일수가 170일 미만이고 입원기간Ⅰ 이후에도 '동일 입원'이 계속되는 경우에는 '입원기간Ⅰ'의 최종일의 다음날부터 180일이 경과되는 날의 전일까지 간병인을 실제 선택하여 사용한 일수와 '입원기간Ⅰ' 동안 간병인을 실제 선택하여 사용한 일수를 합산하여 170일을 최고한도로 간병인지원급여금Ⅰ을 지급하여 드립니다.
14. 제7조(보험금의 지급사유) 제2호에도 불구하고 피보험자가 입원기간Ⅱ 동안 간병인을 실제 선택하여 사용한 일수가 160일 미만이고 입원기간Ⅱ 이후에도 '동일 입원'이 계속되는 경우에는 '입원기간Ⅱ'의 최종일의 다음날부터 180일이 경과되는 날의 전일까지 간병인을 실제 선택하여 사용한 일수와 '입원기간Ⅱ' 동안 간병인을 실제 선택하여 사용한 일수를 합산하여 160일을 최고한도로 간병인지원급여금Ⅱ을 지급하여 드립니다.
15. 제7조(보험금의 지급사유) 제3호에도 불구하고 피보험자가 입원기간Ⅲ 동안 간병인을 실제 선택하여 사용한 일수가 150일 미만이고 입원기간Ⅲ 이후에도 '동일 입원'이 계속되는 경우에는 '입원기간Ⅲ'의 최종일의 다음날부터 180일이 경과되는 날의 전일까지 간병인을 실제 선택하여 사용한 일수와 '입원기간Ⅲ' 동안 간병인을 실제 선택하여 사용한 일수를 합산하여 150일을 최고한도로 간병인지원급여금Ⅲ을 지급하여 드립니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제24조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
간병인지원급여금Ⅰ, 간병인지원급여금Ⅱ, 간병인지원급여금Ⅲ (제7조), 사망 당시의 책임준비금 (제17조 제5항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제24조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구 일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율 의 50% - 1년초과 기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

질병 및 재해분류표표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동 장애(F00~F99)로 인한 질병(다만, F00~F03, F05.1은 제외)
- ② 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 질병 및 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용합니다.

【 별표 4 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 5 】 장해분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

간병인지원금특약(1-180일)(갱신형)(T1.1) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 질병 또는 재해: 별표 3 '질병 및 재해분류표Ⅱ'에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

나. 재해: 별표 4 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 장애: 별표 5 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

라. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제12조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제15조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 입원의 정의와 장소

이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)의 규정에 의한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조 '동일 입원기간'의 정의

① 이 특약에 있어서 '동일 입원'이라 함은 피보험자가 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하여 계속 입원한 경우 또는 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우(이전(移轉)하여 입원한 경우를 포함)을 말합니다. 그러나, 동일한 '질병 또는 재해'에 의한 입원이라도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

1. 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하는 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 최초로 개시한 입원
2. 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하는 입원의 일수를 더하여 180일이 되는 날로부터 180일이 지나서 개시한 입원
3. 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하는 입원의 일수를 더하여 180일이 되는 날로부터 퇴원없이 계속 입원하여 180일이 지난 입원

② 이 특약에 있어서 '동일 입원기간'이라 함은 '동일 입원'한 일수를 더한 기간을 말하며, 180일을 최고 한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 '동일 입원'이 갱신 전후에 계속되는 경우, 갱신 전후에 '동일 입원'한 기간을 더하여 '동일 입원기간'을 계산합니다.

【제4조 제1항 제3호 및 동조 제2항 동일 입원기간 예시】

	퇴원없이 계속 입원			...
	'동일 입원기간'(180일)	(180일)	'동일 입원기간'(180일)	
최초 입원일	최초입원일 +180일	새로운 입원일	새로운 입원일 +180일	

제 5 조 '간병인'의 정의

① 이 특약에서 '간병인'이라 함은 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 사업자등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자등록된 자에 한합니다. 다만, 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호간병통합서비스는 제외합니다.

【'간병인'의 주요업무 예시】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 혈체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제 6 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 7 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병으로 진단받거나 재해가 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 '동일 입원기간' 중에 '간병인'을 실제 선택하여 사용하였을 경우 간병인 사용 1일당 간병인지원급여금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

※ 상기 질병 또는 재해는 '질병 및 재해분류표Ⅱ'(별표 3 참조)에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

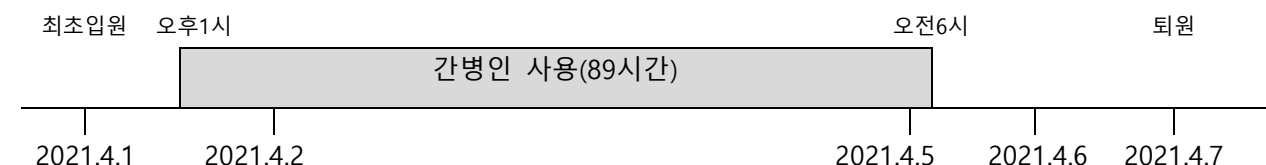
제 8 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 5 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제15조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ④ 제7조(보험금의 지급사유)의 '간병인 사용'은 1일을 기준으로 하며, 1일당 8시간 이상 '간병인'을 사용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 간병인지원급여금을 지급합니다.

【 간병인지원급여금 간병인 사용 인정일수 계산 예시 】

· 최초 입원일시 : 2021년 4월 1일

· 간병인 사용시간 : 2021년 4월 1일 오후 1시 ~ 4월 5일 오전 6시 (89시간)



☞ 실제 '간병인' 사용시간 : 89시간 (11시간 + 24시간 + 24시간 + 24시간 + 6시간)
간병인 사용 인정일수 : 4일 (1일 + 1일 + 1일 + 1일 + 0일)

- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 '동일 입원기간' 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 간병인지원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 간병인지원급여금 지급사유에 해당하는 '동일 입원기간' 중에 보험기간이 만료되었을 경우에는 그 계속 중인 '동일 입원기간'에 대하여도 '동일 입원'으로 보아 간병인지원급여금 지급 여부를 판단합니다.
- ⑦ 제7조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 피보험자가 '동일 입원기간' 동안 '간병인'을 실제 선택하여 사용한 일수가 180일 미만이고 '동일 입원기간' 이후에도 '동일 입원'이 계속되는 경우에는, '동일 입원기간'의 최종일의 다음날부터 180일이 경과되는 날의 전일까지 '간병인'을 실제 선택하여 사용한 일수와 '동일 입원기간' 동안 간병인을 실제 선택하여 사용한 일수를 합산하여 180일을 최고한도로 간병인지원급여금을 지급하여 드립니다.
- ⑧ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 5 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 5 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑫ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.
- ⑬ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 5 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 5 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑭ 제1항 및 제13항의 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.
- ⑮ 장해분류표(별표 5 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 5 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
- ⑯ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 9 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인

하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 10 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 간병인 사용확인서(회사양식)
3. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서 등)
4. 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다)
5. 간병인이 소속된 업체의 사업자등록증 사본
6. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
7. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령, 책임준비금 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제3호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 11 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급합니다. 다만, 보험금 및 책임준비금의 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 12 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

- ② 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제7조(보험금의 지급사유) 및 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제21조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 13 조 특약의 무효

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 - 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 - 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 14 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 특약가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액 보다 감소할 수 있습니다.

제 15 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약 해당일 이후인 경우에는 100세 계약 해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 - 1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
 - 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 - 3. 제17조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련

내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 16 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제15조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 5년(최초계약의 보험기간이 10년인 경우에는 10년)미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 17 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 - 2. 피보험자가 사망한 경우
- ② 제1항 제2호'사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제11조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 18 조 특약의 보장개시

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 19 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 20 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 21 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 22 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 22 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제24조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 23 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 24 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제22조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 25 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
간병인 지원급여금	보험기간 중 피보험자가 질병으로 진단받거나 재해가 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 '동일 입원기간' 중에 '간병인'을 실제 선택하여 사용하였을 경우	간병인 사용 1일당 3만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 5 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 주1) 및 주2)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제15조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
5. '동일 입원'이라 함은 피보험자가 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하여 계속 입원한 경우 또는 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우(이전(移轉)하여 입원한 경우를 포함)를 말합니다. 그러나, 동일한 '질병 또는 재해'에 의한 입원이라도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- (1) 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하는 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 최초로 개시한 입원
 - (2) 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하는 입원의 일수를 더하여 180일이 되는 날로부터 180일이 지나서 개시한 입원
 - (3) 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하는 입원의 일수를 더하여 180일이 되는 날로부터 퇴원없이 계속 입원하여 180일이 지난 입원
6. '동일 입원기간'이라 함은 피보험자가 '동일 입원'한 일수를 더한 기간을 말하며, 180일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 '동일 입원'이 갱신 전후에 계속되는 경우, 갱신 전후에 '동일 입원'한 기간을 더하여 '동일 입원기간'을 계산합니다.
7. '간병인 사용'은 1일을 기준으로 하며, 1일당 8시간 이상 '간병인'을 사용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 간병인지원급여금을 지급합니다.
8. 상기 질병 또는 재해는 '질병 및 재해분류표Ⅱ'(별표 3 참조)에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.
9. 제7조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 피보험자가 '동일 입원기간' 동안 '간병인'을 실제 선택하여 사용한 일수가 180일 미만이고 '동일 입원기간' 이후에도 '동일 입원'이 계속되는 경우에는, '동일 입원기간'의 최종일의 다음날부터 180일이 경과되는 날의 전일까지 '간병인'을 실제 선택하여 사용한 일수와 '동일 입원기간' 동안 간병인을 실제 선택하여 사용한 일수를 합산하여 180일을 최고

한도로 간병인지원급여금을 지급하여 드립니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제24조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
간병인지원급여금, (제7조), 사망 당시의 책임준비금 (제17조 제5항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제24조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구 일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율 의 50% - 1년초과 기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

질병 및 재해분류표표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동 장애(F00~F99)로 인한 질병(다만, F00~F03, F05.1은 제외)
- ② 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 질병 및 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용합니다.

【 별표 4 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 5 】 장해분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

간질환보장특약(갱신형)(T2.2) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 5 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 6 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 이 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제15조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '중기 이상 만성간질환'의 정의 및 진단 확정

- ① 이 특약에 있어서 '중기 이상 만성간질환'이라 함은 '중기 이상 만성간질환'의 정의(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 중기 이상 만성간질환의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(한의사, 치과의사 제외)의 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제 4 조 '말기간질환'의 정의 및 진단 확정

- ① 이 특약에 있어서 '말기간질환'이라 함은 '말기간질환'의 정의(별표 4 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 말기간질환의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(한의사, 치과의사 제외)의 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제 5 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 6 조 보험금의 지급사유

이 특약은 다음 제1호 및 제2호에 해당하는 총 2개의 세부보장(이하 '세부보장'이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 '중기 이상 만성간질환'으로 진단이 확정된 경우(최초 1회한)

: 중기 이상 만성간질환 진단자금 지급

2. 피보험자가 보험기간 중 '말기간질환'으로 진단이 확정된 경우(최초 1회한)

: 말기간질환 진단자금 지급

※ 갱신계약의 경우 보험금은 각 세부보장이 갱신된 경우에 한하여 보장합니다.

제 7 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 5 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우

에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 피보험자에게 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단자금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금의 지급사유에 해당하는 각 지급금액을 더하여 지급합니다. 다만, 각각 최초 1회에 한하여 지급되므로 보험기간 중 이미 지급한 중기 이상 만성간질환 진단자금, 말기간질환 진단자금은 다시 지급하지 않습니다.

【진단자금 지급 예시】

구분	중기 이상 만성간질환 (말기간질환 제외)	말기간질환
중기 이상 만성간질환 진단자금	지급	지급
말기간질환 진단자금	해당없음	지급

예1) '중기 이상 만성간질환(말기간질환 제외)'으로 최초 진단 확정된 경우

→ 중기 이상 만성간질환 진단자금 지급

예2) '말기간질환'으로 최초 진단 확정된 경우

→ 중기 이상 만성간질환 진단자금 및 말기간질환 진단자금 지급

예3) '중기 이상 만성간질환(말기간질환 제외)'으로 진단 확정 받고 그 후 '말기간질환'으로 진단 확정된 경우

→ '중기 이상 만성간질환(말기간질환 제외)' 진단 확정시 중기 이상 만성간질환 진단자금을 지급받고, 그 후 '말기간질환' 진단 확정시 말기간질환 진단자금을 지급

⑤ 이 특약의 보험기간 중 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 또는 제2호의 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다.

⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 그 후에 '중기 이상 만성간질환' 또는 '말기간질환'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제2호에 따라 진단자금을 지급합니다. 그러나 보장개시일의 전일 이전에 '중기 이상 만성간질환' 또는 '말기간질환'으로 진단이 확정된 경우에는 진단자금을 지급하지 않습니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 제16조(특약의 소멸) 제5항에 따라 사망 당시의 책임준비금이 지급된 경우에는 해당 세부보장의 진단자금에서 이미 지급된 사망 당시의 책임준비금(해당 세부보장의 책임준비금을 말합니다)을 차감하여 지급합니다.

⑧ 제1항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표 5 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표 5 참조)상 두 가지 이상의 신체부

위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장애 분류표(별표 5 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만 장애분류표(별표 5 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑭ 제1항 및 제13항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑮ 장애분류표(별표 5 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표 5 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑯ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진단서(병명기입), 사망진단서, 장애인단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 책임준비금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다

다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
 2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
 3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서
- ③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 10 조 보험금 등의 지급절차

- ① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 및 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 이 특약을 최초 가입할 때 계약자는 모든 세부보장을 가입하여야 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제6조(보험금의 지급사유) 및 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제20조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 12 조 특약의 무효

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 13 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 각 세부보장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액하며, 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 14 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 3. 제16조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자 문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 제1항에도 불구하고, 이 특약을 갱신하는 경우 세부보장은 동시에 갱신하여야 합니다.
- ⑧ 제1항 및 제7항에도 불구하고, 이 특약의 보험기간 중 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 또는 제2호의 보험금이 지급된 세부보장은 갱신되지 않으며, 나머지 세부보장에 대해서는 제1항 내지 제6항을 적용합니다.

제 15 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제14조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년(최초계약의 보험기간이 20년인 경우에는 20년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 16 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 피보험자가 사망한 경우
 3. 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 또는 제2호의 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 때부터 효력이 없습니다.
- ③ 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

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

④ 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

⑤ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

⑥ 제5항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제10조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 17 조 특약의 보장개시

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 18 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 제2항 내지 제4항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제16조(특약의 소멸) 제2항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후의 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다. 다만, 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제 19 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편

등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 20 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

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

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

③ 제1항에도 불구하고 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 21 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하는 경우 모든 세부보장에 대하여 동시에 해지하여야 합니다.

제 21 조의 2 위법계약의 해지

① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 22 조 중대사유로 인한 해지

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 23 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제21조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적용한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 24 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(1) 중기 이상 만성간질환 진단자금

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
중기 이상 만성 간질환 진단자금	보험기간 중 피보험자가 '중기 이상 만성간질환'으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	1,000만원

(2) 말기간질환 진단자금

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
말기 간질환 진단자금	보험기간 중 피보험자가 '말기간질환'으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	1,000만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 5 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 주1) 및 주2)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. '중기 이상 만성간질환'이라 함은 '중기 이상 만성간질환'의 정의(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
5. '말기간질환'이라 함은 '말기간질환'의 정의(별표 4 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
6. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
중기 이상 만성간질환 진단자금 및 말기간질환 진단자금 (제6조), 사망 당시의 책임준비금 (제16조 제5항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기 간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

‘중기 이상 만성간질환’의 정의

- ① ‘중기 이상 만성간질환’이라 함은 만성적인 염증으로 인해 정상적인 간 조직이 재생결절(regenerative nodules; 작은 덩어리가 만들어지는 현상) 등의 섬유화 조직으로 바뀌어 간의 기능이 저하되는 간경변증으로 진단받고, 복수(ascites)가 확인된 경우를 말합니다.
- ② 간경변증이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 아래에 해당하는 경우를 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
알코올성 간섬유증 및 간의 경화증	K70.2
알코올성 간경변증	K70.3
간의 섬유증 및 경화증을 동반한 독성간질환	K71.7
간의 섬유증 및 경변증	K74
간의 만성 수동혈(심장성 간경화증)	K76.1

- ※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ③ ‘중기 이상 만성간질환’과 복수의 확인은 이학적 소견, 복수 천자, 영상검사에 의해 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

【 별표 4 】

‘말기간질환(End Stage Liver Disease)’의 정의

- ① ‘말기간질환’이라 함은 간경변증을 일으키는 말기의 간질환을 말하며, 다음의 세 가지 특징을 모두 보여야 합니다.
1. 영구적인 황달(jaundice)
 2. 복수(ascites)
 3. 간성뇌병증(hepatic encephalopathy)
- ② ‘말기간질환’의 진단 확정은 정기적인 이학적 검사, 혈액검사, 영상검사(초음파 등) 등을 포함한 검사 결과, 소견서, 진료기록 등으로 확인가능하여야 합니다.

【 별표 5 】장해분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 6 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

간호·간병서비스지원금특약(1-180일)(갱신형)(T1.1) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제8조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 질병 또는 재해: 별표 3 '질병 및 재해분류표Ⅱ'에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

나. 재해: 별표 4 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 장애: 별표 5 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

라. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제13조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제16조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

- 다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.
 라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 입원의 정의와 장소

이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)의 규정에 의한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(다만, 의료법 제3조(의료기관) 중 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조 '동일 입원기간'의 정의

① 이 특약에 있어서 '동일 입원'이라 함은 피보험자가 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하여 계속 입원한 경우 또는 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우(이전(移轉)하여 입원한 경우를 포함)을 말합니다. 그러나, 동일한 '질병 또는 재해'에 의한 입원이라도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

1. 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하는 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 최초로 개시한 입원
2. 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하는 입원의 일수를 더하여 180일이 되는 날로부터 180일이 지나서 개시한 입원
3. 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하는 입원의 일수를 더하여 180일이 되는 날로부터 퇴원없이 계속 입원하여 180일이 지난 입원

② 이 특약에 있어서 '동일 입원기간'이라 함은 '동일 입원'한 일수를 더한 기간을 말하며, 180일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 '동일 입원'이 갱신 전후에 계속되는 경우, 갱신 전후에 '동일 입원'한 기간을 더하여 '동일 입원기간'을 계산합니다.

【제4조 제1항 제3호 및 동조 제2항 동일 입원기간 예시】

	퇴원없이 계속 입원			...
	'동일 입원기간'(180일)	(180일)	'동일 입원기간'(180일)	
최초 입원일	최초입원일 +180일	새로운 입원일	새로운 입원일 +180일	

제 5 조 '간호·간병통합서비스'의 정의

이 특약에서 '간호·간병통합서비스'라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

제 6 조 법령 등의 개정에 따른 계약 내용의 변경

① 제5조('간호·간병통합서비스'의 정의)에서 정한 '간호·간병통합서비스'가 「의료법」 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장 내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정 등에 따라 '간호·간병통합서비스'가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정 등에 따라 제8조(보험금의 지급사유)에 해당하는 '간호·간병통합서비스'가 변경되어 제8조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정 등에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 및 보험료 변경내역 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않을 경우 특약내용 변경일 전일까지 특약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경일 전일까지 특약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 납입보험료, 보험가입금액 등이 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특약의 효력이 소멸되는 날(이하 '효력소멸일'이라 합니다)의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 책임준비금을 지급합니다.
- ⑧ 갱신계약의 경우에도 제1항 내지 제7항의 규정을 준용합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 7 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 8 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병으로 진단받거나 재해가 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 '동일 입원기간' 중에 '간호·간병통합서비스'를 사용하였을 경우 '간호·간병통합서비스' 사용 1

일당 간호·간병통합서비스지원급여금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

※ 상기 질병 또는 재해는 '질병 및 재해분류표Ⅱ'(별표 3 참조)에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

제 9 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 5 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제16조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 '동일 입원기간' 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스지원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 간호·간병통합서비스지원급여금 지급사유에 해당하는 '동일 입원기간' 중에 보험기간이 만료되었을 경우에는 그 계속 중인 '동일 입원기간'에 대하여도 '동일 입원'으로 보아 간호·간병통합서비스지원급여금 지급 여부를 판단합니다.
- ⑥ 제8조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 피보험자가 '동일 입원기간'동안 '간호·간병통합서비스'를 사용한 일수가 180일 미만이고 '동일 입원기간' 이후에도 '동일 입원'이 계속되는 경우에는, '동일 입원기간'의 최종일의 다음날부터 180일이 경과되는 날의 전일까지 '간호·간병통합서비스'를 사용한 일수와 '동일 입원기간' 동안 '간호·간병통합서비스'를 사용한 일수를 합산하여 180일을 최고한도로 간호·간병통합서비스지원급여금을 지급하여 드립니다.
- ⑦ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 5 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑧ 제7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 5 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑪ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.
- ⑫ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 5 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 5 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑬ 제1항 및 제12항의 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.
- ⑭ 장해분류표(별표 5 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 5 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
- ⑮ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제8조(보험금의 지급사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 10 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 11 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령, 책임준비금 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 하며 '간호·간병통합서비스' 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류이어야 합니다.

제 12 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준

비금을 지급합니다. 다만, 보험금 및 책임준비금의 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 13 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제8조(보험금의 지급사유) 및 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제22조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 14 조 특약의 무효

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 15 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제25조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 특약가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 16 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제21조(보험료의 납입이 연체되

는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약 해당일 이후인 경우에는 100세 계약 해당일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
3. 제18조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우

④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 17 조 특약의 보험기간

① 이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일로부터 제16조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 5년(최초계약의 보험기간이 10년인 경우에는 10년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 18 조 특약의 소멸

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

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우

② 제1항 제2호‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제11조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제12조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 19 조 특약의 보장개시

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 20 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입 기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 21 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 - 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 - 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제25조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 22 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 23 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제25조(해

지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 23 조의 2 위법계약의 해지

① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제25조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 24 조 중대사유로 인한 해지

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제25조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 25 조 해지환급금

① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제23조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 26 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
간호·간병통합 서비스지원급여금	보험기간 중 피보험자가 질병으로 진단받거나 재해가 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 '동일 입원기간' 중에 '간호·간병통합서비스'를 사용하였을 경우	간호·간병통합 서비스 사용 1일당 2만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 5 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 주1) 및 주2)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제16조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
5. '동일 입원'이라 함은 피보험자가 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하여 계속 입원한 경우 또는 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우(이전(移轉)하여 입원한 경우를 포함)을 말합니다. 그러나, 동일한 '질병 또는 재해'에 의한 입원이라도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- (1) 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하는 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 최초로 개시한 입원
 - (2) 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하는 입원의 일수를 더하여 180일이 되는 날로부터 180일이 지나서 개시한 입원
 - (3) 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하는 입원의 일수를 더하여 180일이 되는 날로부터 퇴원없이 계속 입원하여 180일이 지난 입원
6. '동일 입원기간'이라 함은 피보험자가 '동일 입원'한 일수를 더한 기간을 말하며, 180일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 '동일 입원'이 갱신 전후에 계속되는 경우, 갱신 전후에 '동일 입원'한 기간을 더하여 '동일 입원기간'을 계산합니다.
7. 상기 질병 또는 재해는 '질병 및 재해분류표Ⅱ'(별표 3 참조)에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.
8. 제8조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 피보험자가 '동일 입원기간'동안 '간호·간병통합서비스'를 사용한 일수가 180일 미만이고 '동일 입원기간' 이후에도 '동일 입원'이 계속되는 경우에는, '동일 입원기간'의 최종일의 다음날부터 180일이 경과되는 날의 전일까지 '간호·간병통합서비스'를 사용한 일수와 '동일 입원기간' 동안 '간호·간병통합서비스'를 사용한 일수를 합산하여 180일을 최고한도로 간호·간병통합서비스지원급여금을 지급하여 드립니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항 및 제25조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
간호·간병통합 서비스지원급여금 (제8조), 사망 당시의 책임준비금 (제18조 제5항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제25조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구 일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율 의 50% - 1년초과 기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

질병 및 재해분류표표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동 장애(F00~F99)로 인한 질병(다만, F00~F03, F05.1은 제외)
- ② 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 질병 및 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용합니다.

【 별표 4 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 5 】 장해분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

계속받는소액암보장특약(갱신형)(T1.2) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장해: 별표 3 '장해분류표'에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 4 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

라. 소액암보장개시일: 제3조('소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)', '첫 번째 소액암'의 정의 및 진단 확정) 제7항에서 정한 '첫 번째 소액암'에 대한 보장개시일은 아래와 같습니다.

- '첫 번째 소액암' 중 '기타피부암', '초기갑상선암'의 보장개시일: 최초계약의 경우 계약일로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로 합니다.

- '첫 번째 소액암' 중 '초기 이외의 갑상선암', '전립선암'의 보장개시일: 최초계약의 경우 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

마. 재진단 소액암 보장개시일: 아래에서 정한 첫 번째 재진단 소액암 보장개시일과 두 번째 이후 재진단 소액암 보장개시일을 합하여 재진단 소액암 보장개시일이라 합니다.

- 첫 번째 재진단 소액암 보장개시일: '첫 번째 소액암' 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날로 합니다.

- 두 번째 이후 재진단 소액암 보장개시일: 직전 '재진단 소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)' 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날로 합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의

체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 이 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제11조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제14조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)', '첫 번째 소액암'의 정의 및 진단 확정

- ① 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 '초기갑상선암'이라 함은 제2항에서 정한 '갑상선암'에 해당하는 질병 중에서 유두암(papillary cancer) 또는 여포암(follicular cancer)이고, 암 종괴의 크기가 2.0cm미만으로서 림프절 전이나 원격전이가 없는 모든 갑상선암을 말합니다.
- ④ 이 특약에 있어서 '초기 이외의 갑상선암'이라 함은 제2항에서 정한 '갑상선암'에 해당하는 질병 중, 제3항에서 정한 '초기갑상선암'을 제외한 암을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에 있어서 '전립선암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에 있어서 '소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)'이라 함은 제1항 내지 제5항에서 정한 '기타피부암', '갑상선암'('초기갑상선암', '초기 이외의 갑상선암') 및 '전립선암'을 말합니다.
- ⑦ 이 특약에 있어서 '첫 번째 소액암'이라 함은 이 특약의 보험기간 중 소액암보장개시일 이후에 최초로 진단 확정되는 제6항에서 정한 '소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)'을 말합니다.
- ⑧ 제1항 내지 제7항에서 정한 '기타피부암', '갑상선암', '초기갑상선암', '초기 이외의 갑상선암', '전립선암', '소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)' 및 '첫 번째 소액암'의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 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 때(암이 전신으로 전이되어 조직검사가 불가능한 경우나 피보험자가 사망한 경우 등을 말합니다)에는 피보험자가 제1항 내지 제7항에서 정한 '기타피부암', '갑상선암', '초기갑상선암', '초기 이외의 갑상선암', '전립선암', '소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)' 및 '첫 번째 소액암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제 4 조 '재진단 소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)'의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '재진단 소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)'이라 함은 재진단 소액암 보장개시일 이후에 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면서 제3조('소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)', '첫 번째 소액암'의 정의 및 진단 확정) 제6항에서 정한 '소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)'으로 진단 확정 받은 경우를 말합니다.

1. 새로운 원발암
2. 동일장기 또는 타 부위에 전이된 암
3. 동일장기에 재발된 암
4. 소액암보장개시일 이후 발생한 제3조('소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)', '첫 번째 소액암'의 정의 및 진단 확정) 제6항에서 정한 '소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)'으로 진단 확정받은 부위에 암세포가 남아있는 경우

② 제1항에서 정한 '재진단 소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)'의 진단 확정은 병리 또는 진단검사 의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인 검사(Fine Needle Aspiration) 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때(암이 전신으로 전이되어 조직검사가 불가능한 경우나 피보험자가 사망한 경우 등을 말합니다)에는 피보험자가 제1항에서 정한 '재진단 소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)'으로 진단 또는 치료(재진단 소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)의 직접적인 치료를 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다. 다만, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 '재진단 소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)'의 진단 확정으로 보지 않습니다.

③ 제2항의 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '재진단 소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

④ 제2항의 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '재진단 소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)'의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

⑤ 제2항의 '수술'이라 함은 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)가 '재진단 소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)'으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 '재진단 소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)'의 직접적인 치료를 목적으로 하는 '특정 행위'를 하는 것을 말합니다. 이 때 '특정 행위'란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회[향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관]로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 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) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생

검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡 檢査),등], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술 은 '특정 행위'에서 제외됩니다.

제 5 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 6 조 보험금의 지급사유

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재진단 소액암 보장개시일 이후에 제4조('재진단 소액암(기타 피부암, 갑상선암, 전립선암)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '재진단 소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)'으로 진단 확정되었을 경우 보험수익자에게 약정한 '재진단 소액암 진단자금'(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 7 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 '장해분류표'(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1명과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 소액암보장개시일 이후 제3조('소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)', '첫 번째 소액암'의 정의 및 진단 확정) 제7항에서 정한 '첫 번째 소액암'으로 진단이 확정되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드리며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ⑤ 제6조(보험금의 지급사유)에서 보험기간 중 피보험자가 재진단 소액암 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 '재진단 소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 재진단 소액암 진단자금을

지급합니다. 그러나, 재진단 소액암 보장개시일의 전일 이전에 '재진단 소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)'으로 진단이 확정된 경우에는 재진단 소액암 진단자금을 지급하지 않습니다.

⑥ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, '장해분류표'(별표 3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑦ 제6항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 3 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑪ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 '장해분류표'(별표 3 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, '장해분류표'(별표 3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항 및 제11항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑬ 장해분류표(별표 3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 3 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유) 및 제1항 및 제3항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(장해진단서, 사망진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령, 책임준비금 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.
1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
 2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
 3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서
- ③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 10 조 보험금 등의 지급절차

- ① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금의 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 및 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제6조(보험금의 지급사유), 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제3항에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제20조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 12 조 특약의 무효

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 소액암보장개시일의 전일 이전에 제3조('소액암(기타 피부암, 갑상선암, 전립선암)', '첫 번째 소액암'의 정의 및 진단 확정) 제6항에서 정한 '소액암(기타 피부암, 갑상선암, 전립선암)'으로 진단이 확정된 경우
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 13 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금 등은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 14 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간종료일이 피보험자의 100세 계약 해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 2. 제16조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
 3. 제3조('소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)', '첫 번째 소액암'의 정의 및 진단 확정) 제7항에서 정한 '첫 번째 소액암'으로 진단 확정되지 않은 피보험자의 최종 갱신계약의 보험기간이 2년 이하인 경우
 4. 제3조('소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)', '첫 번째 소액암'의 정의 및 진단 확정) 제7항에서 정한 '첫 번째 소액암' 또는 제4조('재진단 소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '재진단 소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)'의 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간이 2년 이하인 경우
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 15 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일로부터 제14조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 16 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 이 특약의 피보험자가 소액암보장개시일 이후 제3조('소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)', '첫 번째 소액암'의 정의 및 진단 확정) 제7항에서 정한 '첫 번째 소액암'으로 진단이 확정되어 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
 2. 피보험자가 사망한 경우
 3. 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
 - 제3조('소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)', '첫 번째 소액암'의 정의 및 진단 확정) 제7항에서 정한 '첫 번째 소액암'으로 진단 확정되지 않은 피보험자의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간이 2년 이하인 경우
 - 제3조('소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)', '첫 번째 소액암'의 정의 및 진단 확정) 제7항에서 정한 '첫 번째 소액암' 또는 제4조('재진단 소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '재진단 소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)'의 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간이 2년 이하인 경우
- ② 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제1항 제2호 및 제3호의 경우에는 계약자에게 소멸 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제10조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

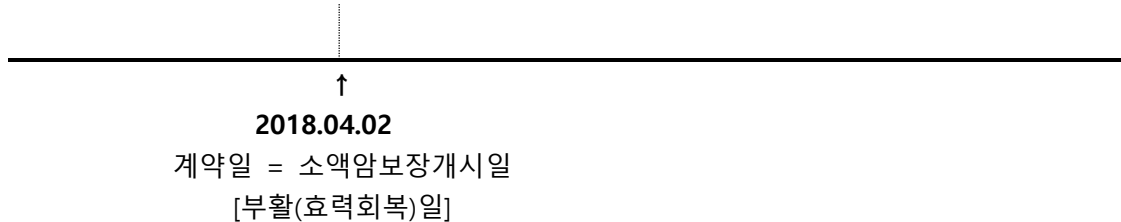
제 17 조 특약의 보장개시

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 다만, 제3조('소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)', '첫 번째 소액암'의 정의 및 진단 확정) 제6항에서 정한 '소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)'에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 '라'목의 '소액암보장개시일'로 하고, 제4조('재진단 소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '재진단 소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)'에 대한 보장개시일은 제2조(용어

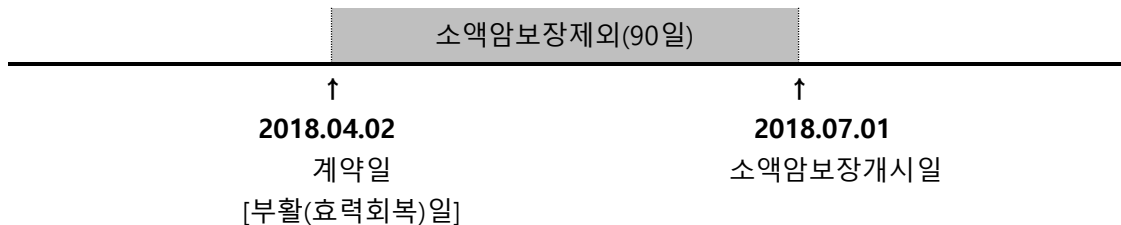
의 정의) 제2호 '마'목의 '재진단 소액암 보장개시일'로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

③ 갱신계약의 경우 제2조(용어의 정의) 제5호 '라'목의 '갱신일'을 보장개시일 및 소액암보장개시일로 하며, '재진단 소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)'에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 '마'목에서 정한 재진단 소액암 보장개시일로 합니다.

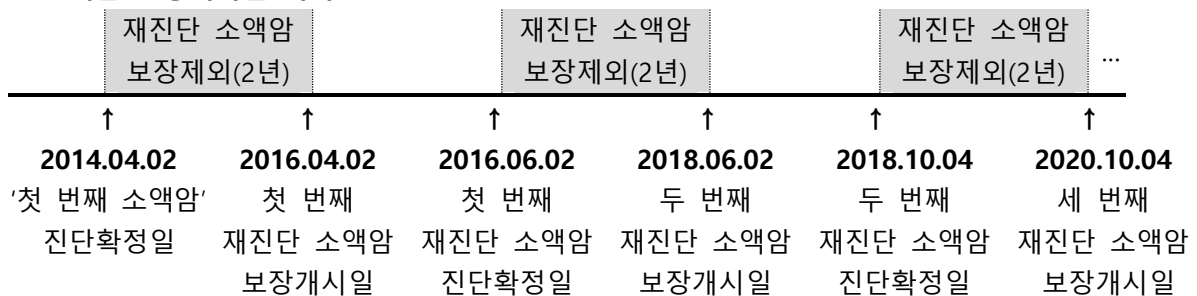
【소액암보장개시일 예시('기타피부암', '초기갑상선암')】



【소액암보장개시일 예시('초기 이외의 갑상선암', '전립선암')】



【재진단 소액암 보장개시일 예시】



제 18 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ③ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입 기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 19 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 피보험자가 소액암보장개시일 이후 제3조('소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)', '첫 번째 소액암'의 정의 및 진단 확정) 제7항에서 정한 '첫 번째 소액암'으로 진단이 확정되어 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약 대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험

기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 20 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 소액암보장개시일은 제17조(특약의 보장개시)에도 불구하고 아래와 같습니다.
 - '기타피부암', '초기갑상선암'의 보장개시일: 부활(효력회복)일로 합니다.
 - '초기 이외의 갑상선암', '전립선암'의 보장개시일: 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
- ⑤ 또한, 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 재진단 소액암 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 '마'목의 '재진단 소액암 보장개시일'로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 21 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 21 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1

년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 22 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 - 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 23 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제21조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 24 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 100만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
재진단 소액암 진단자금	보험기간 중 피보험자가 재진단 소액암 보장개시일 이후 에 '재진단 소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)'으로 진단이 확정되었을 경우	100만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 '장해분류표'(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1명과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 소액암보장개시일 이후 제3조('소액암(기타 피부암, 갑상선암, 전립선암)', '첫 번째 소액암'의 정의 및 진단 확정) 제7항에서 정한 '첫 번째 소액암'으로 진단이 확정되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드리며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
4. 주1) 및 주2)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
5. 이 특약의 소액암보장개시일은 아래와 같습니다.
- '기타피부암', '초기갑상선암'의 보장개시일: 최초계약의 경우 계약일로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로 합니다.
 - '초기 이외의 갑상선암', '전립선암'의 보장개시일: 최초계약의 경우 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
6. 이 특약의 재진단 소액암 보장개시일은 아래에서 정한 첫 번째 재진단 소액암 보장개시일과 두 번째 이후 재진단 소액암 보장개시일을 합하여 재진단 소액암 보장개시일이라 합니다.
- 첫 번째 재진단 소액암 보장개시일: '첫 번째 소액암' 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날로 합니다.
 - 두 번째 이후 재진단 소액암 보장개시일: 직전 '재진단 소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)' 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날로 합니다.
7. '재진단 소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)'이라 함은 제4조('재진단 소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '재진단 소액암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암)'을 말합니다.
8. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
재진단 소액암 진단자금(제6조), 소멸 당시의 책임준비금 (제16조 제4항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내: 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】 장해분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 4 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

계속받는일반암보장특약(갱신형)(T1.2) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 4 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 5 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

라. 암보장개시일: 제3조('암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)', '첫 번째 암'의 정의 및 진단 확정) 제6항에서 정한 '첫 번째 암'에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

마. 재진단 일반암 보장개시일: 아래에서 정한 첫 번째 재진단 일반암 보장개시일과 두 번째 이후 재진단 일반암 보장개시일을 합하여 재진단 일반암 보장개시일이라 합니다.

- 첫 번째 재진단 일반암 보장개시일: '첫 번째 암' 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날로 합니다.

- 두 번째 이후 재진단 일반암 보장개시일: 직전 '재진단 일반암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)' 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날로 합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 이 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제12조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제15조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)', '첫 번째 암'의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외](별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물), 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물), 제4조(대장점막내암의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '대장점막내암' 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 '전립선암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에 있어서 '암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'이라 함은 제1항에서 정한 '암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)'에서 제4항에서 정한 '전립선암'을 제외한 암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)을 말합니다.

⑥ 이 특약에 있어서 '첫 번째 암'이라 함은 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 최초로 진단 확정되는 제5항에서 정한 '암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'을 말합니다.

⑦ 제1항 내지 제6항에서 정한 암 등의 진단 확정에는 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 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 때(암이 전신으로 전이되어 조직검사가 불가능한 경우나 피보험자가 사망한 경우 등을 말합니다)에는 피보험자가 제1항 내지 제6항에서 정한 암 등으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제 4 조 대장점막내암의 정의 및 진단 확정

- ① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.
- ② 대장점막내암의 진단 확정은 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때(암이 전신으로 전이되어 조직검사가 불가능한 경우나 피보험자가 사망한 경우 등을 말합니다)에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다.

제 5 조 '재진단 일반암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단 확정

- ① 이 특약에 있어서 '재진단 일반암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'이라 함은 재진단 일반암 보장개시일 이후에 다음 각 호 어느 하나에 해당하면서 제3조('암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)', '첫 번째 암'의 정의 및 진단 확정) 제5항에서 정한 '암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'으로 진단 확정 받은 경우를 말합니다.
 1. 새로운 원발암
 2. 동일장기 또는 타 부위에 전이된 암
 3. 동일장기에 재발된 암
 4. 암보장개시일 이후 발생한 제3조('암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)', '첫 번째 암'의 정의 및 진단 확정) 제5항에서 정한 '암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'으로 진단 확정받은 부위에 암세포가 남아있는 경우
- ② 제1항에서 정한 '재진단 일반암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 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 때(암이 전신으로 전이되어 조직검사가 불가능한 경우나 피보험자가 사망한 경우 등을 말합니다)에는 피보험자가 제1항에서 정한 '재진단 일반암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'으로 진단 또는 치료(재진단 일반암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다. 다만, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 '재진단 일반암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'의 진단 확정으로 보지 않습니다.
- ③ 제2항의 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '재진단 일반암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ④ 제2항의 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '재진단 일반암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(아노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- ⑤ 제2항의 '수술'이라 함은 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)가 '재진단 일반암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기

관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 '재진단 일반암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'의 직접적인 치료를 목적으로 하는 '특정 행위'를 하는 것을 말합니다. 이 때 '특정 행위'란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회[향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관]로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 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) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡 検査)] 등은 '특정 행위'에서 제외됩니다.

제 6 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 7 조 보험금의 지급사유

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재진단 일반암 보장개시일 이후에 제5조('재진단 일반암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '재진단 일반암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'으로 진단 확정되었을 경우 보험수익자에게 약정한 '재진단 일반암 진단자금'(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 8 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 '장해분류표'(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1명과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후 제3조('암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)', '첫 번째 암'의 정의 및 진단 확정) 제6항에서 정한 '첫 번째 암'으

로 진단이 확정되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드리며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제15조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

⑤ 제7조(보험금의 지급사유)에서 보험기간 중 피보험자가 재진단 일반암 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 '재진단 일반암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 재진단 일반암 진단자금을 지급합니다. 그러나, 재진단 일반암 보장개시일의 전일 이전에 '재진단 일반암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'으로 진단이 확정된 경우에는 재진단 일반암 진단자금을 지급하지 않습니다.

⑥ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, '장해분류표'(별표 4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑦ 제6항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 4 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑪ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 '장해분류표'(별표 4 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, '장해분류표'(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항 및 제11항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑬ 장해분류표(별표 4 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 4 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유) 및 제1항 및 제3항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 9 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는

보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 10 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 사망진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령, 책임준비금 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 11 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금의 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 및 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 12 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제7조(보험금의 지급사유), 제8

조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제3항에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제21조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 13 조 특약의 무효

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조('암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)', '첫 번째 암'의 정의 및 진단 확정) 제5항에서 정한 '암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'으로 진단이 확정된 경우

② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 14 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금 등은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

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

제 15 조 특약의 갱신

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간종료일이 피보험자의 100세 계약 해당일 이후인 경우에는 100세 계약 해당일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 제17조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
3. 제3조('암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)', '첫 번째 암'의 정의 및 진단 확정) 제6항에서 정한 '첫 번째 암'으로 진단 확정되지 않은 피보험자의 최종 갱신계약의 보험기간이 2년 이하인 경우

4. 제3조('암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)', '첫 번째 암'의 정의 및 진단 확정) 제6항에서 정한 '첫 번째 암' 또는 제5조('재진단 일반암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '재진단 일반암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'의 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간이 2년 이하인 경우
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 16 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일로부터 제15조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 17 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우

다만, 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후 제3조('암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)', '첫 번째 암'의 정의 및 진단 확정) 제6항에서 정한 '첫 번째 암'으로 진단이 확정되어 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
 2. 피보험자가 사망한 경우
 3. 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
 - 제3조('암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)', '첫 번째 암'의 정의 및 진단 확정) 제6항에서 정한 '첫 번째 암'으로 진단 확정되지 않은 피보험자의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간이 2년 이하인 경우
 - 제3조('암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)', '첫 번째 암'의 정의 및 진단 확정) 제6항에서 정한 '첫 번째 암' 또는 제5조('재진단 일반암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '재진단 일반암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'의 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간이 2년 이하인 경우
- ② 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제1항 제2호 및 제3호의 경우에는 계약자에게 소멸 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차

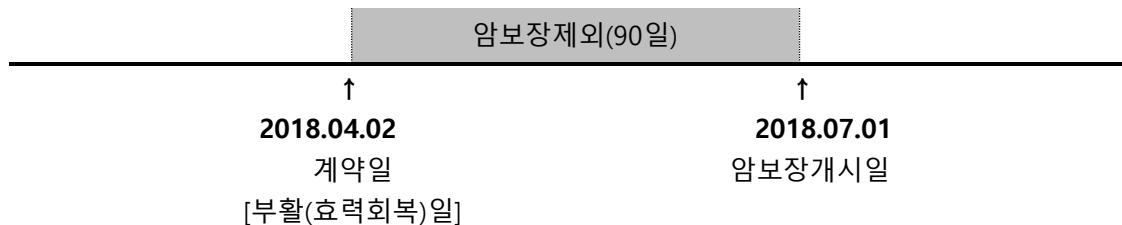
및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제11조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

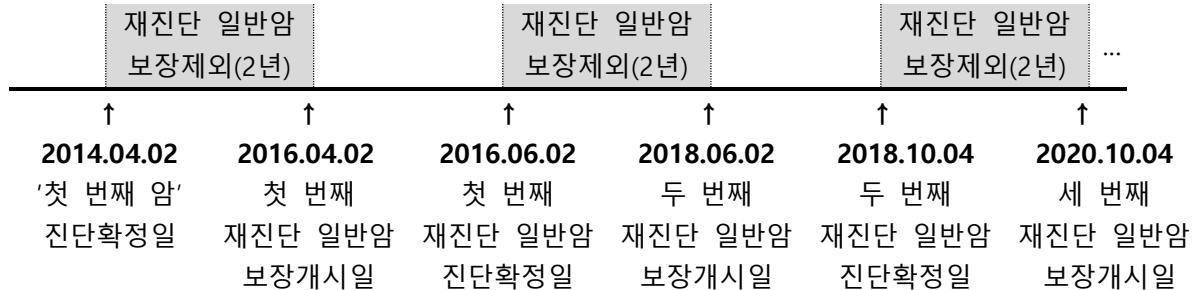
제 18 조 특약의 보장개시

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 다만, 제3조('암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)', '첫 번째 암'의 정의 및 진단 확정) 제6항에서 정한 '첫 번째 암'에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 '라'목의 '암보장개시일'로 하고, 제5조('재진단 일반암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '재진단 일반암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 '마'목의 '재진단 일반암 보장개시일'로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.
- ③ 갱신계약의 경우 제2조(용어의 정의) 제5호 '라'목의 '갱신일'을 보장개시일 및 암보장개시일로 하며, '재진단 일반암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 '마'목에서 정한 재진단 일반암 보장개시일로 합니다.

【암보장개시일 예시】



【재진단 일반암 보장개시일 예시】



제 19 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ③ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입 기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 20 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후 제3조('암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)', '첫 번째 암'의 정의 및 진단 확정) 제6항에서 정한 '첫 번째 암'으로 진단이 확정되어 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러

하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

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

③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 21 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

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

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

③ 제1항에도 불구하고 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 암보장개시일은 제18조(특약의 보장개시)에도 불구하고 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 재진단 일반암 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 '마'목의 '재진단 일반암 보장개시일'로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 22 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 22 조의 2 위법계약의 해지

① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제24조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 23 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 - 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 24 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제22조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 25 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
재진단 일반암 진단자금	보험기간 중 피보험자가 재진단 일반암 보장개시일 이후에 '재진단 일반암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'으로 진단이 확정되었을 경우	1,000만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 '장해분류표'(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1명과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후 제3조('암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)', '첫 번째 암'의 정의 및 진단 확정) 제6항에서 정한 '첫 번째 암'으로 진단이 확정되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드리며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
4. 주1) 및 주2)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제15조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
5. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 또한, 재진단 일반암 보장개시일은 아래에서 정한 첫 번째 재진단 일반암 보장개시일과 두 번째 이후 재진단 일반암 보장개시일을 합하여 재진단 일반암 보장개시일이라 합니다.
- 첫 번째 재진단 일반암 보장개시일: '첫 번째 암' 진단 확정일부부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날로 합니다.
 - 두 번째 이후 재진단 일반암 보장개시일: 직전 '재진단 일반암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)' 진단확정일부부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날로 합니다.
6. '재진단 일반암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'이라 함은 제5조('재진단 일반암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '재진단 일반암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)'을 말합니다.
7. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제24조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
재진단 일반암 진단자금(제7조), 소멸 당시의 책임준비금 (제17조 제4항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제24조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내: 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외]

이 약관에서 규정하는 악성 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 ~ C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45 ~ C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51 ~ C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60 ~ C63
10. 요로의 악성 신생물	C64 ~ C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76 ~ C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81 ~ C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

※ '소화기관의 악성 신생물(C15~C26)'의 경우 제4조(대장점막내암의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '대장 점막내암'은 제외합니다.

【 별표 4 】 장애분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 5 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

고도장해보장특약(K10.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 특성은 다음과 같습니다.

[본인형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

[배우자형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 피보험자의 가족 관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다)로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 주피보험자의 배우자로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우에는 제외합니다)에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 지급합니다.

(4) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

(5) '(3)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 4 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 3 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공

시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1.시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 4 조 보험금의 지급사유

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '장해분류표'(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 약정한 고도장해보험금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 5 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 '장해분류표'(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 80% 미만인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항 및 제4조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, '장해분류표'(별표 4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 제1항 및 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 '장해분류표'(별표 4

참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑤ 제1항 및 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑥ 제1항 및 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 합니다.

⑦ 제1항 및 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다.

그러나, 동일한 신체부위에 '장애분류표'(별표 4 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, '장애분류표'(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제1항, 제7항 및 제4조(보험금의 지급사유)에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑨ '장애분류표'(별표 4 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 '장애분류표'(별표 4 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑩ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 및 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 6 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 7 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(장해진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
 2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
 3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서
- ③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조 보험금 등의 지급절차

- ① 회사는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 9 조 보험금 받는 방법의 변경

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 고도장해보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 이 특약의 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 10 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제4조(보험금의 지급사유) 및 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제18조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 11 조 특약의 무효

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의

다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 12 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 13 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 14 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
 2. 피보험자가 사망한 경우
 3. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우
- ② 제1항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목[본인형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [배우자형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 15 조 특약의 보장개시

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 16 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 17 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 18 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

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

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 19 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 19 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제21조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 20 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 21 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제19조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 22 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
고도장해보험금	피보험자가 보험기간 중 발생한 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 인하여 '장해분류표'(별표 4 참조) 중 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우(최초 1회한)	1,000만원

주) 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 '장해분류표'(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 80% 미만인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제21조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
고도장해보험금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제21조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 4 】 장해분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

교통재해사망특약(K12.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 득실은 다음과 같습니다.

[본인형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

[배우자형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 피보험자의 가족 관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다)로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 주피보험자의 배우자로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우에는 제외합니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 지급합니다.

(4) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

(5) '(3)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 3 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 4 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 교통재해: 별표 5 '교통재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

라. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한

금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 4 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 교통재해가 발생하고 그 교통재해를 직접적인 원인으로 피보험자가 사망한 경우에는 보험수익자에게 교통재해사망보험금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 5 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 '장해분류표'(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제4조(보험금의 지급사유) 및 제14조(특약의 소멸) 제1항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

다만, 제1호가 제4조(보험금의 지급사유)에 적용될 때에는 교통재해를 직접적인 원인으로 실종선고를 받

은 경우에 한하며, 제2호가 제4조(보험금의 지급사유)에 적용될 때에는 수해, 화재나 그 밖의 재난을 원인으로 교통재해가 발생하여 사망한 것으로 통보하는 경우에 한합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제4조(보험금의 지급사유)의 '사망'의 원인 및 '교통재해사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

④ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, '장해분류표'(별표 3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 '장해분류표'(별표 3 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 '장해분류표'(별표 3 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, '장해분류표'(별표 3 참조)의 각 신체부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제1항 및 제9항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑪ '장해분류표'(별표 3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 '장해분류표'(별표 3 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 및 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 6 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드리며, 특히 그 결과 교통재해를 직접적인 원인으로 사망에 이르게 된 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 교통재해사망보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 7 조 보험금의 청구

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단확인서, 사망진단서, 장해진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.
 1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
 2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
 3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서
- ③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조 보험금의 지급절차

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 9 조 보험금 받는 방법의 변경

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 교통재해사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 이 특약의 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 10 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.

- ⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제18조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 11 조 특약의 무효

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
 1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 특약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우
다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 특약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
 2. 만 15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 특약의 경우
다만, 심신박약자(心神薄弱者)가 특약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 특약이 유효합니다.
 3. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
- ② 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 12 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제21조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 13 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 14 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되

었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

2. 피보험자가 사망한 경우

② 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목[본인형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

③ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목[배우자형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 15 조 특약의 보장개시

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 16 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 17 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 18 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 19 조 '계약자의 임의해지' 및 '피보험자의 서면동의 철회권'

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제11조(특약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 특약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래에 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 특약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 19 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제21조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 20 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제21조(해지환급금)

제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 21 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제19조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 22 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준: 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
교통재해 사망보험금	보험기간 중 피보험자에게 교통재해가 발생하고 그 교통 재해를 직접적인 원인으로 피보험자가 사망한 경우	1,000만원

주) 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 '장해분류표'(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제21조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
교통재해 사망보험금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제21조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내: 평균공시이율의 50% - 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】 장애분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 4 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 5 】

교통재해 분류표

1. 이 약관에서 규정하는 교통재해라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
 - 가. 운행중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함합니다)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 인하여 그 운행중의 교통기관에 탑승하고 있지 않은 피보험자가 입은 불의의 사고
 - 나. 운행중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말합니다)에 있는 동안 피보험자가 입은 불의의 사고
 - 다. 도로통행 중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙하물로 인하여 피보험자가 입은 불의의 사고
2. 제1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다.
 - 가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카, 엘리베이터 및 에스컬레이터 등
 - 나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠터, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
 - 다. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다) 등
3. 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 불의의 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행 중에 발생한 사고는 교통재해로 봅니다.
4. 제1호 '가' 또는 '나'에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 피보험자의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통재해로 보지 않습니다.
5. 이 표에서 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에게 개방되어 있는 모든 도로(자동차 전용도로 및 통로를 포함합니다)로 터널, 교량, 도선시설 등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다.

급성심근경색증진단특약(T3.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 특성은 다음과 같습니다.

[본인형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

[배우자형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다)로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 주피보험자의 배우자로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우에는 제외합니다)에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 지급합니다.

(4) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

(5) '(3)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 3 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 4 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '급성심근경색증'의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '급성심근경색증'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '급성 심근경색증 분류표'(별표 5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '급성심근경색증'의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심근효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 특약의 보험기간 중 '급성심근경색증'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인(死因)이 '급성심근경색증'으로 확정되거나 추정되는 경우

제 4 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 5 조 보험금의 지급사유

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '급성심근경색증'으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 급성심근경색증 진단자금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.(최초 1회한)

제 6 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포

함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제5조(보험금의 지급사유)에서 보험기간 중 피보험자가 사망하고, 그 후에 '급성심근경색증'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제5조(보험금의 지급사유)의 급성심근경색증 진단자금을 지급합니다. 다만, 보장개시일의 전일 이전에 '급성심근경색증'으로 진단이 확정된 경우에는 급성심근경색증 진단자금을 지급하지 않습니다.

③ 제2항에도 불구하고 제14조(특약의 소멸) 제5항에 따라 사망 당시의 책임준비금이 지급된 경우에는 해당 급성심근경색증 진단자금에서 이미 지급된 사망 당시의 책임준비금을 차감하여 지급합니다.

④ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 3 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 3 참조)의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑩ 제1항, 제9항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑪ 장해분류표(별표 3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 3 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지

급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 8 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 사망진단서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 책임준비금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 10 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 계약자는 이 특약을 청약할 때 다음의 보험종목 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.

1. 해지환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%), 본인형
2. 표준형, 본인형
3. 해지환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%), 배우자형
4. 표준형, 배우자형

③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안

보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제5조(보험금의 지급사유) 및 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제18조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 11 조 특약의 무효

① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

② 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우

2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 12 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약은 보험종목의 변경 및 '해지환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간 후 50%)'의 경우 보험료 납입기간의 변경(감액완납보험으로의 변경 포함)이 제한됩니다.

【감액완납보험】

차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 가입금액을 감액하는 보험

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제21조(해지환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금 등은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 13 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일하거나 그 이내로 합니다.

제 14 조 특약의 소멸

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

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

2. 피보험자가 사망한 경우

3. 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목[본인형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목[배우자형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

⑤ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

⑥ 제5항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 15 조 특약의 보장개시

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 16 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 17 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로

로 합니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해지환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 18 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

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

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

③ 제1항에도 불구하고 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 19 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(해지환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 19 조의 2 위법계약의 해지

① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제21조(해지환급금) 제7항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 20 조 중대사유로 인한 해지

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제21조(해지환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 21 조 해지환급금

① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에 따라 계산합니다.

② 회사는 '해지환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 해지될 경우 '표준형' 해지환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

【'해지환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해지환급금에 관한 사항】

1. '해지환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'은 보험료 납입기간 중 이 특약이 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 이 특약이 해지될 경우 '표준형'의 해지환급금 대비 적은 해지환급금을 지급하는 대신 '표준형'보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.

2. '표준형'의 해지환급금은 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

③ 제2항의 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】

계약일 : 2018년 9월 1일, 보험료 납입기간 : 20년납

⇒ 보험료 납입기간 중 : 2018년 9월 1일부터 2038년 8월 31일까지의 기간

④ 회사는 계약체결시 '해지환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 및 '표준형'의 보험료 및 해지환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

⑤ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.

⑥ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑦ 제19조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 22 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
급성심근경색증 진단자금	보험기간 중 피보험자가 '급성심근경색증'으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	1,000만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 이 특약에 있어서 '급성심근경색증'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 급성 심근경색증 분류표(별표 5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
3. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제21조 제5항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
급성심근경색증 진단자금(제5조), 사망 당시의 책임준비금 (제14조 제5항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제21조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과 기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】 장해분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 4 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 5 】

급성 심근경색증 분류표

이 약관에서 규정하는 급성 심근경색증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
급성 심근경색증	I21
후속심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

급여가정간호특약(갱신형)(T1.1) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해: 별표 4 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

나. 장애: 별표 5 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았다더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제12조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제15조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '가정간호'의 정의 및 대상자

- ① 이 특약에 있어서 '가정간호'라 함은 「의료법」 제33조(개설 등) 및 동법 시행규칙 제24조(가정간호)에 의한 가정전문간호사가 환자 가정을 직접 방문하여 간호 등을 제공하는 제도를 말합니다.
- ② '가정간호'의 대상자는 의료기관에서 입원진료 후 조기 퇴원한 환자와 입원이 요구되는 외래 및 응급실 환자 중 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사 또는 한의사 면허를 가진자(이하 '의사'라 합니다)가 가정에서 계속적인 치료와 관리가 필요하다고 인정한 경우로서 수술 후 조기퇴원 환자, 만성질환자(고혈압, 당뇨, 암 등), 만성폐쇄성호흡기질환자, 산모 및 신생아, 뇌혈관질환자, 기타 의사가 '가정간호'가 필요하다고 인정하는 환자 등(이하 '가정간호 대상자'라 합니다)입니다.

제 4 조 '급여 가정간호치료'의 정의

- ① 이 특약에 있어서 '급여 가정간호치료'라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로 급여 가정간호치료 분류표(별표 3 참조)에서 정한 진료행위를 말합니다.
- ② '급여 가정간호치료'의 처방은 의사에 의하여 내려져야 합니다.

제 5 조 법령 등의 개정에 따른 계약 내용의 변경

- ① 제4조('급여 가정간호치료'의 정의) 제1항에서 정한 '급여 가정간호치료'가 「의료법」 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 '급여 가정간호치료'가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 '급여 가정간호치료'가 변경되어 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성 녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 및 보험료 변경내역 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않을 경우 특약내용 변경일 전일까지 특약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경일 전일까지 특약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 납입보험료, 보험가입금액 등이 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특약의 효력이 소멸되는

날(이하 '효력소멸일'이라 합니다)의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 책임준비금을 지급합니다.

⑧ 갱신계약의 경우에도 제1항 내지 제7항의 규정을 준용합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 6 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021. 1. 1 시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 7 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 발생한 재해 또는 재해 이외의 원인으로 '가정간호 대상자'에 해당되어 보험기간 중 '급여 가정간호치료'를 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 가정간호급여금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.(1일 1회한, 연간 20회를 한도로 함)

제 8 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 5 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제15조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ④ 하루에 2회 이상 '급여 가정간호치료'를 받은 경우, 1회로 간주하여 1회에 해당하는 가정간호급여금을 지급합니다.
- ⑤ 제7조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 20회를 한도로 가정간호급여금을 지급하여 드립니다. 다만, '연간'이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

- ⑥ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 5 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 5 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑩ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.
- ⑪ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 5 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 5 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제1항 및 제11항의 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.
- ⑬ 장해분류표(별표 5 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 5 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
- ⑭ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 9 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 10 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 수가코드(EDI) 필수기입),

진단서(병명기입) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령, 책임준비금 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 11 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급합니다. 다만, 보험금 및 책임준비금의 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 12 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제7조(보험금의 지급사유) 및 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제21조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 13 조 특약의 무효

① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의

다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 14 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 15 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.
 1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 3. 제17조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 16 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제15조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 5년(최초계약의 보험기간이 10년인 경우에는 10년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 17 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 피보험자가 사망한 경우
- ② 제1항 제2호'사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부

에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ③ 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제11조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 18 조 특약의 보장개시

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 19 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 20 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 - 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 - 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 21 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 22 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 22 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제24조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 23 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 24 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제22조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 25 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
가정간호급여금	피보험자가 보험기간 중 발생한 재해 또는 재해 이외의 원인으로 '가정간호 대상자'에 해당되어 보험기간 중 '급여 가정간호치료'를 받았을 경우	1회당 5만원 (1일 1회한, 연간 20회를 한도로 함)

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 5 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 주1) 및 주2)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제15조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. 하루에 2회 이상 '급여 가정간호치료'를 받은 경우, 1회로 간주하여 1회에 해당하는 가정간호급여금을 지급합니다.
5. 가정간호급여금은 연간 20회를 한도로 지급하여 드립니다. 다만, '연간'이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.
6. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제24조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
가정간호급여금(제7조), 사망 당시의 책임준비금 (제17조 제4항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제24조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구 일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율 의 50% - 1년초과 기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

급여 가정간호치료 분류표

이 약관에 규정하는 '급여 가정간호치료'로 분류되는 의료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2021-006호, 2021. 2. 1 시행)」에서 정한 분류번호 및 수가코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 진료행위를 말합니다.

대상이 되는 진료행위	수가코드
가정간호기본방문료[방문당] 가. 상급종합병원	AN200, 13200
가정간호기본방문료[방문당] 나. 종합병원	AN300, 13300
가정간호기본방문료[방문당] 다. 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	AN400, 13400
가정간호기본방문료[방문당] 라. 의원, 보건의료원내 의과	AN500
가정간호기본방문료[방문당] 마. 한의원, 보건의료원내 한의과	13500

【 별표 4 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 5 】 장해분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

깁스치료(부목제외)특약(T2.2) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약 : 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 3 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 4 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 이 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '깁스(Cast)치료'의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '깁스(Cast)치료'라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(한의사, 치과의사 제외)의 면허를 가진 자가 '깁스(Cast)치료'가 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서의 의사의 관리 하에 석고붕대 또는 섬유유리 붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모

두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료 효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 다만, '부목(Splint Cast)치료'는 제외합니다.

② 제1항에서 '부목(Splint Cast)치료'라 함은 석고붕대 또는 섬유유리 붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 한측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제 4 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 5 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 재해 또는 재해 이외의 원인으로 인하여 제3조('깁스(Cast)치료'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '깁스(Cast)치료'를 받은 경우에는 보험수익자에게 약정한 깁스치료자금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 6 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다

② 제5조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 '깁스(Cast)치료'를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 '깁스(Cast)치료'를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료자금을 지급합니다.

③ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 3 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

- ⑥ 제1항의 경우 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑦ 제1항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 합니다.
- ⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장애분류표(별표 3 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만 장애분류표(별표 3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
- ⑨ 제1항 및 제8항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.
- ⑩ 장애분류표(별표 3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표 3 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
- ⑪ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 8 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 김스치료증명서, 사망진단서, 장애진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 책임준비금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
 2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
 3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서
- ③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 9 조 보험금 등의 지급절차

- ① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 및 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 10 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제5조(보험금의 지급사유) 및 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제18조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 11 조 특약의 무효

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 12 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 13 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 14 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

2. 피보험자가 사망한 경우

② 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 15 조 특약의 보장개시

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 16 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 17 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않

은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

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

③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 18 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

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

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

③ 제1항에도 불구하고 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 19 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

③ 제1항에도 불구하고 특약 체결시 피보험자가 태아(胎兒)이며, 출생예정일(특약 체결시 청약서에 기재된 출생예정일 또는 임신 주수를 기준으로 계산된 출생예정일을 말합니다) 이후부터 태아가 출생하기 전에 계약을 해지하는 경우에는 출생예정일 이후에 납입한 보험료를 계약자에게 지급하여 드립니다.

④ 보험료 납입이 면제된 경우, 제3항의 '출생예정일 이후에 납입한 보험료'는 출생예정일 이후에 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

⑤ 제3항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제 19 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제21조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 20 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자(법정대리인 포함) 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자의 법정대리인 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 21 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제19조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 22 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
깁스치료자금	보험기간 중 피보험자가 재해 또는 재해 이외의 원인으로 인하여 '깁스(Cast)치료'를 받은 경우	1회당 10만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 '깁스(Cast)치료'를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 '깁스(Cast)치료'를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료자금을 지급합니다.
3. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제21조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
갑스치료자금 (제5조), 사망 당시의 책임준비금 (제14조 제4항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제21조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기 간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】 장애분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 4 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

뇌출혈 및 뇌경색증진단특약(갱신형)(T2.2) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 4 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 5 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 이 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제10조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제13조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '뇌출혈 및 뇌경색증'의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '뇌출혈 및 뇌경색증'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '뇌출혈 및 뇌경색증' 분류표(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

【'과거 무증상성 열공성 뇌경색증'을 보장하지 않는 사례 예시】

평소 어지러움과 경미한 두통이 있던 B씨는 어느 날 우연히 병원을 방문하여 영상검사(MRI, CT등)를 시행하고, 검사결과 '오래된 뇌경색' 소견으로 치료를 받게 됩니다.

이후 B씨는 담당의사로부터 '뇌경색증(I63)'으로 진단서를 발급받아 보험금을 청구합니다. 심사결과 B씨는 현재 편마비, 보행장애 등의 뚜렷한 신체적 증상은 없는 상태이며 담당의사의 소견 및 영상검사상 환자 본인도 인지하지 못할 정도로 미미하게 뇌경색이 발생한 후 지나간(과거 무증상성 열공성 뇌경색증) 상태로 확인되어 보험금이 지급되지 않았습니다.

② 뇌출혈 또는 뇌경색증의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영술, 양전자방출단층촬영술(PET), 단일광자 방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈 또는 뇌경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 4 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1.시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 5 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 뇌출혈 또는 뇌경색증으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 뇌출혈 및 뇌경색증 진단자금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다.(최초 1회한)

제 6 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 되었을 경우

에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1명과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제13조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 최초계약의 경우 계약일부터 1년 미만에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 뇌출혈 및 뇌경색증 진단자금의 50%를 지급합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 갱신계약의 경우 계약체결 후 1년 미만의 보험금 감액과 관련한 사항은 적용하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 그 후에 뇌출혈 또는 뇌경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제5조(보험금의 지급사유)의 뇌출혈 및 뇌경색증 진단자금을 지급합니다. 그러나, 보장개시일의 전일 이전에 뇌출혈 또는 뇌경색증으로 진단이 확정된 경우에는 뇌출혈 및 뇌경색증 진단자금을 지급하지 않습니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 제15조(특약의 소멸) 제4항에 따라 사망 당시의 책임준비금이 지급된 경우에는 해당 뇌출혈 및 뇌경색증 진단자금에서 이미 지급된 사망 당시의 책임준비금을 차감하여 지급합니다.

⑧ 제1항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표 4 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표 4 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항에서 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 합니다.

⑬ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장애분류표(별표 4 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만 장애분류표(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑭ 제1항 및 제13항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑮ 장애분류표(별표 4 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표 4 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑩ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 8 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 사망진단서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 책임준비금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 및 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 10 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제5조(보험금의 지급사유) 및 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제19조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 11 조 특약의 무효

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 12 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 13 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
3. 제15조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 14 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제13조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년(최초계약의 보험기간이 20년인 경우에는 20년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 15 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 피보험자가 사망한 경우
 3. 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우
- ② 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 16 조 특약의 보장개시

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 17 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입 기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 18 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험 기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험 계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 19 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

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

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

③ 제1항에도 불구하고 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 20 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 20 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 21 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 - 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 22 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제20조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 23 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
		1년미만	500만원
뇌출혈 및 뇌경색증 진단자금	보험기간 중 피보험자가 뇌출혈 또는 뇌경색증으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	1년이상	1,000만원

- 주) 1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약체결 후 1년 미만의 보험금 금액과 관련한 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
2. 지급금액의 경과기간은 보험계약일부터 진단 확정일까지의 경과기간입니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
4. 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1명과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
5. 주3) 및 주4)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제13조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
6. 이 특약의 '뇌출혈 및 뇌경색증'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '뇌출혈 및 뇌경색증' 분류표(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
7. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제22조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
뇌출혈 및 뇌경색증 진단자금 (제5조), 사망 당시의 책임준비금 (제15조 제4항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기 간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

‘뇌출혈 및 뇌경색증’ 분류표

이 약관에서 규정하는 ‘뇌출혈 및 뇌경색증’으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	I62
뇌경색증	I63

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 아니합니다.

【 별표 4 】 장애분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 5 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

뇌출혈진단특약(T3.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 특성은 다음과 같습니다.

[본인형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

[배우자형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다)로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 주피보험자의 배우자로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우에는 제외합니다)에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 지급합니다.

(4) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

(5) '(3)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 3 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 4 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '뇌출혈'의 정의 및 진단 확정

- ① 이 특약에 있어서 '뇌출혈'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 뇌출혈 분류표(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매는 제외됩니다.
- ② '뇌출혈'의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영술, 양전자방출단층촬영술(PET), 단일광자 방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 '뇌출혈'로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 4 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1.시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

- 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.
- 피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 5 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 '뇌출혈'로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 뇌출혈 진단자금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.(최초 1회한)

제 6 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료

납입을 면제하여 드립니다.

② 제5조(보험금의 지급사유)에서 보험기간 중 피보험자가 사망하고, 그 후에 '뇌출혈'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제5조(보험금의 지급사유)의 뇌출혈 진단자금을 지급합니다. 다만, 보장개시일의 전일 이전에 '뇌출혈'로 진단이 확정된 경우에는 뇌출혈 진단자금을 지급하지 않습니다.

③ 제2항에도 불구하고 제14조(특약의 소멸) 제5항에 따라 사망 당시의 책임준비금이 지급된 경우에는 해당 뇌출혈 진단자금에서 이미 지급된 사망 당시의 책임준비금을 차감하여 지급합니다.

④ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 3 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 3 참조)의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑩ 제1항 및 제9항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑪ 장해분류표(별표 3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 3 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 8 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 사망진단서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 책임준비금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 10 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 계약자는 이 특약을 청약할 때 다음의 보험종목 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.

1. 해지환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%), 본인형
2. 표준형, 본인형
3. 해지환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%), 배우자형
4. 표준형, 배우자형

③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5

년이 지난 이후에는 제5조(보험금의 지급사유) 및 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제18조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 11 조 특약의 무효

① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

② 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우

2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 12 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약은 보험종목의 변경 및 '해지환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간 후 50%)'의 경우 보험료 납입기간의 변경(감액완납보험으로의 변경 포함)이 제한됩니다.

【감액완납보험】

차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 가입금액을 감액하는 보험

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제21조(해지환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금 등은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 13 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일하거나 그 이내로 합니다.

제 14 조 특약의 소멸

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

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

2. 피보험자가 사망한 경우

3. 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부

에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ③ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목[본인형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목[배우자형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ⑤ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑥ 제5항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 15 조 특약의 보장개시

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 16 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 17 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 - 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 - 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우

편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해지환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 18 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

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

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

③ 제1항에도 불구하고 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 19 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(해지환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 19 조의 2 위법계약의 해지

① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제21조(해지환급금) 제7항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 20 조 중대사유로 인한 해지

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제21조(해지환급금)

제1항 및 제2항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 21 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에 따라 계산합니다.
- ② 회사는 '해지환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 해지될 경우 '표준형' 해지환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

【해지환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)의 해지환급금에 관한 사항】

1. '해지환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'은 보험료 납입기간 중 이 특약이 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 이 특약이 해지될 경우 '표준형'의 해지환급금 대비 적은 해지환급금을 지급하는 대신 '표준형'보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. '표준형'의 해지환급금은 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

- ③ 제2항의 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】

계약일 : 2018년 9월 1일, 보험료 납입기간 : 20년납
⇒ 보험료 납입기간 중 : 2018년 9월 1일부터 2038년 8월 31일까지의 기간

- ④ 회사는 계약체결시 '해지환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 및 '표준형'의 보험료 및 해지환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.
- ⑤ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ⑥ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ⑦ 제19조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 22 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
뇌출혈 진단자금	보험기간 중 피보험자가 '뇌출혈'로 진단이 확정되었을 경우 (최초 1회한)	1,000만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 이 특약의 '뇌출혈'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 뇌출혈 분류표(별표 5 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매는 제외됩니다.
3. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제21조 제5항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
뇌출혈 진단자금(제5조), 사망 당시의 책임준비금 (제14조 제5항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제21조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과 기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】 장애분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 4 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 5 】

뇌출혈 분류표

이 약관에서 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	I62

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

뇌혈관질환수술보장특약(갱신형)(T2.2) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 4 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 5 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 이 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제11조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제14조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '뇌혈관질환'의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '뇌혈관질환'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '뇌혈관질환' 분류표(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

【과거 무증상성 열공성 뇌경색증】을 보장하지 않는 사례 예시

평소 어지러움과 경미한 두통이 있던 B씨는 어느 날 우연히 병원을 방문하여 영상검사(MRI, CT등)를 시행하고, 검사결과 '오래된 뇌경색' 소견으로 치료를 받게 됩니다.

이후 B씨는 담당의사로부터 '뇌경색증(I63)'으로 진단서를 발급받아 보험금을 청구합니다. 심사결과 B씨는 현재 편마비, 보행장애 등의 뚜렷한 신체적 증상은 없는 상태이며 담당의사의 소견 및 영상검사상 환자 본인도 인지하지 못할 정도로 미미하게 뇌경색이 발생한 후 지나간(과거 무증상성 열공성 뇌경색증) 상태로 확인되어 보험금이 지급되지 않았습니다.

② '뇌혈관질환'의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영술, 양전자방출단층촬영술(PET), 단일광자 방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 '뇌혈관질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 4 조 수술의 정의와 장소

① 이 특약에 있어서 '수술'이라 함은 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 피보험자에게 '뇌혈관질환'으로 인한 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 수술을 받는 경우를 말합니다.

② 제1항에서 '수술'은 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것, 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 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) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '수술'에서 제외합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 5 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1.시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

- 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 6 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 ‘뇌혈관질환’으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 뇌혈관질환 수술자금(별표 1 ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.(최초 1회한)

제 7 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ④ 제1항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표 4 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑥ 제1항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표 4 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑦ 제1항의 경우 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑧ 제1항에서 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 합니다.
- ⑨ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장애분류표(별표 4 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적

용합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑩ 제1항 및 제9항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑪ 장해분류표(별표 4 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 4 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진단서(병명기입), 수술확인서, 사망진단서, 장해진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 책임준비금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본

2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장

3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 10 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시

지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제6조(보험금의 지급사유) 및 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제20조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 12 조 특약의 무효

① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우

2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 13 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 14 조 특약의 갱신

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되

는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
3. 제16조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우

④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 드립니다.

⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 15 조 특약의 보험기간

① 이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제14조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년(최초계약의 보험기간이 20년인 경우에는 20년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 16 조 특약의 소멸

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

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우
3. 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제10조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 17 조 특약의 보장개시

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 18 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ③ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 19 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 20 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 21 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 21 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다

제 22 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 23 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제21조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적용한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 24 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
뇌혈관질환수술자금	보험기간 중 피보험자가 '뇌혈관질환'으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우(최초 1회한)	1,000만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 주1) 및 주2)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. 이 특약의 '뇌혈관질환'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '뇌혈관질환' 분류표(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
5. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
뇌혈관질환 수술자금(제6조), 사망 당시의 책임준비금 (제16조 제4항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기 간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

‘뇌혈관질환’ 분류표

이 약관에서 규정하는 ‘뇌혈관질환’으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	I62
뇌경색증	I63
출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
기타 뇌혈관질환	I67
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 아니합니다.

【 별표 4 】 장애분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 5 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

뇌혈관질환입원특약(갱신형)(T2.2) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 4 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 5 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 이 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제11조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제14조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '뇌혈관질환'의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '뇌혈관질환'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '뇌혈관질환' 분류표(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

【'과거 무증상성 열공성 뇌경색증'을 보장하지 않는 사례 예시】

평소 어지러움과 경미한 두통이 있던 B씨는 어느 날 우연히 병원을 방문하여 영상검사(MRI, CT등)를 시행하고, 검사결과 '오래된 뇌경색' 소견으로 치료를 받게 됩니다.

이후 B씨는 담당의사로부터 '뇌경색증(I63)'으로 진단서를 발급받아 보험금을 청구합니다. 심사결과 B씨는 현재 편마비, 보행장애 등의 뚜렷한 신체적 증상은 없는 상태이며 담당의사의 소견 및 영상검사상 환자 본인도 인지하지 못할 정도로 미미하게 뇌경색이 발생한 후 지나간(과거 무증상성 열공성 뇌경색증) 상태로 확인되어 보험금이 지급되지 않았습니다.

② '뇌혈관질환'의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영술, 양전자방출단층촬영술(PET), 단일광자 방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 '뇌혈관질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 4 조 입원의 정의와 장소

이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 피보험자에게 '뇌혈관질환'으로 인한 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 5 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1.시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 6 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 '뇌혈관질환'으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 뇌혈관질환 입원급여금(별표 1 '보험금 지급 기준표' 참조)을 지급합니다.

제 7 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ④ 뇌혈관질환 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.
- ⑤ 피보험자가 동일한 '뇌혈관질환'의 치료를 직접적인 목적으로 하여 입원을 2회 이상 한 경우(이전(移轉)하여 입원한 경우도 포함합니다)에는 1회 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더하여 제4항을 적용합니다. 그러나, 동일한 '뇌혈관질환'에 의한 입원이라도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

1. 뇌혈관질환 입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과한 날부터 개시한 입원
2. 뇌혈관질환 입원급여금 지급된 최종입원일부터 퇴원없이 계속 입원하여 180일이 경과한 날부터의 입원

[제7조 제5항 제2호 관련 보장기간 예시]				
	퇴원없이 계속 입원			...
	보장일수(120일)	보장제외(180일)	보장일수(120일)	
최초입원일	뇌혈관질환 입원급여금 이 지급된 최종입원일		보장재개일	

- ⑥ 피보험자가 뇌혈관질환 입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제4항에 따라 계속 뇌혈관질환 입원급여금을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 뇌혈관질환 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된

장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

- ⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 4 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑫ 제1항에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.
- ⑬ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 4 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
- ⑭ 제1항 및 제13항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.
- ⑮ 장해분류표(별표 4 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 4 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
- ⑯ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진단서(병명기입), 입원치료확인서, 사망진단서, 장해진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 책임준비금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 10 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제6조(보험금의 지급사유) 및 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제20조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 12 조 특약의 무효

① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 13 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 14 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 - 1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
 - 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 - 3. 제16조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 15 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제14조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년(최초계약의 보험기간이 20년인 경우에는 20년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 16 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 - 2. 피보험자가 사망한 경우
- ② 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책

임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제10조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 17 조 특약의 보장개시

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 18 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ③ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 19 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 20 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금

이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 21 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 21 조의 2 위법계약의 해지

① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 22 조 중대사유로 인한 해지

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우

2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 23 조 해지환급금

① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제21조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 24 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 입원급여금	보험기간 중 피보험자가 '뇌혈관질환'으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우	입원 1일당 2만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 주1) 및 주2)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. 뇌혈관질환 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
5. 이 특약의 '뇌혈관질환'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '뇌혈관질환' 분류표(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
6. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
뇌혈관질환 입원급여금(제6조), 사망 당시의 책임준비금 (제16조 제4항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기 간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하
 지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되
 지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을
 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에
 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

‘뇌혈관질환’ 분류표

이 약관에서 규정하는 ‘뇌혈관질환’으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	I62
뇌경색증	I63
출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
기타 뇌혈관질환	I67
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 아니합니다.

【 별표 4 】 장애분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 5 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

뇌혈관질환진단특약(갱신형)(T2.2) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약 : 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 4 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 5 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 이 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제10조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제13조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '뇌혈관질환'의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '뇌혈관질환'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '뇌혈관질환' 분류표(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

【'과거 무증상성 열공성 뇌경색증'을 보장하지 않는 사례 예시】

평소 어지러움과 경미한 두통이 있던 B씨는 어느 날 우연히 병원을 방문하여 영상검사(MRI, CT등)를 시행하고, 검사결과 '오래된 뇌경색' 소견으로 치료를 받게 됩니다.

이후 B씨는 담당의사로부터 '뇌경색증(I63)'으로 진단서를 발급받아 보험금을 청구합니다. 심사결과 B씨는 현재 편마비, 보행장애 등의 뚜렷한 신체적 증상은 없는 상태이며 담당의사의 소견 및 영상검사상 환자 본인도 인지하지 못할 정도로 미미하게 뇌경색이 발생한 후 지나간(과거 무증상성 열공성 뇌경색증) 상태로 확인되어 보험금이 지급되지 않았습니다.

② '뇌혈관질환'의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영술, 양전자방출단층촬영술(PET), 단일광자 방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 '뇌혈관질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 4 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1.시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 5 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 '뇌혈관질환'으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 뇌혈관질환 진단자금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.(최초 1회한)

제 6 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신

체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1명과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제13조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 최초계약의 경우 계약일부터 1년 미만에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 뇌혈관질환 진단자금의 50%를 지급합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 갱신계약의 경우 계약체결 후 1년 미만의 보험금 감액과 관련한 사항은 적용하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 그 후에 '뇌혈관질환'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제5조(보험금의 지급사유)의 뇌혈관질환 진단자금을 지급합니다. 그러나, 보장개시일의 전일 이전에 '뇌혈관질환'으로 진단이 확정된 경우에는 뇌혈관질환 진단자금을 지급하지 않습니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 제15조(특약의 소멸) 제4항에 따라 사망 당시의 책임준비금이 지급된 경우에는 해당 진단자금에서 이미 지급된 사망 당시의 책임준비금을 차감하여 지급합니다.

⑧ 제1항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표 4 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표 4 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항에서 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 합니다.

⑬ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장애분류표(별표 4 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만 장애분류표(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑭ 제1항 및 제13항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑮ 장애분류표(별표 4 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표 4 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑯ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는

보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 8 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 사망진단서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 책임준비금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 및 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 10 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제5조(보험금의 지급사유) 및 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제19조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 11 조 특약의 무효

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 12 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 13 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우

2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
3. 제15조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 14 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 10년만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제13조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 15 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 피보험자가 사망한 경우
 3. 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우
- ② 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 16 조 특약의 보장개시

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 17 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입 기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 18 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험 기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험 계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 19 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 20 조 계약자의 임의해지

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

제 20 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1

년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 21 조 중대사유로 인한 해지

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우

2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 22 조 해지환급금

① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제20조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 23 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
		1년미만	500만원
뇌혈관질환 진단자금	보험기간 중 피보험자가 '뇌혈관질환'으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	1년이상	1,000만원

- 주) 1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약체결 후 1년 미만의 보험금 감액과 관련한 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
2. 지급금액의 경과기간은 보험계약일부터 진단 확정일까지의 경과기간입니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
4. 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1명과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
5. 주3) 및 주4)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제13조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
6. 이 특약의 '뇌혈관질환'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '뇌혈관질환' 분류표(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
7. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제22조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
뇌혈관질환 진단자금 (제5조), 사망 당시의 책임준비금 (제15조 제4항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기 간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

‘뇌혈관질환’ 분류표

이 약관에서 규정하는 ‘뇌혈관질환’으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	I62
뇌경색증	I63
출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
기타 뇌혈관질환	I67
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 아니합니다.

【 별표 4 】 장애분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 5 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

당뇨 및 합병증보장특약(갱신형)(T2.4) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제11조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

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

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제16조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제19조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '당뇨병(당화혈색소 기준)'의 정의 및 진단 확정

- ① 이 특약에 있어서 '당뇨병(당화혈색소 기준)'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 당뇨병 분류표(별표 3 참조)에서 정한 질병 중 당화혈색소(HbA1c) 6.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.
- ② '당뇨병(당화혈색소 기준)' 진단 기준에 부합하기 위해서는 당화혈색소(HbA1c)는 표준화된 방법으로 측정된 것이어야 합니다. 표준화된 방법으로 측정된 당화혈색소(HbA1c)란 「국제 당화혈색소 측정 표준화 프로그램(National Glycohemoglobin Standardization Program: NGSP)」에 의해 인증되고 「당뇨병 조절과 합병증에 관한 연구(Diabetes Control and Complications Trial: DCCT)」에서 정한 표준화된 방법으로 측정된 것을 말합니다.

【당화혈색소(HbA1c)】

당화혈색소(Hemoglobin A1c, HbA1c)란 체내에서 산소를 운반하는 헤모글로빈(혈색소)이 혈액 내에 있는 포도당과 결합하여 당화된 상태를 말하며, 지난 2~3개월 동안의 평균 혈당 수준을 반영합니다. 당화혈색소 검사는 공복 및 식사후 혈당검사와 다르게 단기 식사상태에 거의 영향을 받지 않는 장점이 있어 국내를 비롯한 세계 각국에서 당뇨병진단 기준으로 널리 활용하고 있으며, 당뇨병으로 인한 합병증 발생 위험을 예측하는 주요한 지표로서 당뇨병 환자들에게 정기적으로 측정하도록 권고되는 검사입니다.

- ③ '당뇨병(당화혈색소 기준)'의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 '당뇨병(당화혈색소 기준)' 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 4 조 '인슐린 치료'의 정의

- ① 이 특약에 있어서 '인슐린 치료'라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 당뇨병 분류표(별표 3 참조)에서 정한 당뇨병의 치료를 직접적인 목적으로 영구적인 인슐린 투여가 필요하다고 인정된 경우로서, 인슐린을 지속적으로 투여받은 경우를 말합니다. 다만, 혈당강하제치료(경구용 또는 주사용 제제 등), 정맥주사, 비인슐린제제(GLP-1 수용체 유사체 등) 치료, 외상 또는 급성질환, 수술 등과 같은 이유로 일시적인 인슐린 치료를 받는 경우는 보장에서 제외됩니다.
- ② '인슐린 치료'의 필요성은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사(치과의사 제외)에 의하여 명확하게 증명되고, 이를 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 5 조 '질병으로 인한 실명'의 정의 및 진단 확정

- ① 이 특약에 있어서 '질병으로 인한 실명'이라 함은 피보험자가 보장개시일 이후 질병분류표(별표 4 참조)에서 정한 질병을 원인으로 '비가역적이며 영구적으로 두 눈의 시력이 완전 상실된 상태'로서 시력복원이 불가능한 경우를 말합니다. 이 때 '두 눈의 시력이 완전 상실된 상태'라 함은 공인된 시력검사법에 따라 측정한 좋은 눈의 최대 교정시력이 0.02 이하인 경우(안전수동, 안전수지 상태 포함)를 말합니다. 또한 실명을 판정하기 위해서는 각막이나 수정체가 그 원인이면 전안부 사진(각막 또는 수정체 사진)을 확인하고, 그 외에는 시신경과 황반이 포함된 망막 사진과 시유발전위검사를 확인해야 합니다.
- ② 제1항에서 '영구적'이라 함은 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 육체적 훼손 상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말합니다. 실명의 진단확정은 실명의 원인 질환 등에 관하여 충분히 치료한 후 상태가 고착되었을 때 진단하며, 수술 또는 치료 등의 의료적 조치로 기능이 회복될 수 있다고 판단하는 경우에는 실명 진단을 처치 후로 유보하여야 합니다.
- ③ 제1항에서 '최대 교정시력'이라 함은 안경, 렌즈, 굴절교정수술(라식, 라섹 등), 기타 시력교정술 등을

포함한 모든 종류의 시력 교정법을 이용하여 얻은 원거리 최대 시력을 말합니다.

④ '질병으로 인한 실명'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 해당 분야 전문의(안과 전문의) 자격증을 가진 자가 작성한 공인된 시력검사법을 근거로 내려져야 합니다.

제 6 조 '질병으로 인한 발목 이상 족부절단'의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '질병으로 인한 발목 이상 족부절단'이라 함은 피보험자가 보장개시일 이후 질병분류표(별표 4 참조)에서 정한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 족부절단을 하고, 그 절단(Amputation) 부위가 '한쪽 발목 이상(발목관절부터 심장에 가까운 쪽) 골반이하'인 경우를 말합니다.

② '질병으로 인한 발목 이상 족부절단'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 해당 분야 전문의 자격증을 가진 자(한 의사, 치과의사 제외)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제 7 조 '당뇨관련 주요질환', '당뇨관련 주요안과질환' 및 '당뇨관련 주요질환(안과제외)'의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '당뇨관련 주요질환'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 당뇨관련 주요질환 분류표(별표 5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 '당뇨관련 주요안과질환'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 당뇨관련 주요안과질환 분류표(별표 6 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

③ 제1항에서 정한 '당뇨관련 주요질환'에서 제2항에서 정한 '당뇨관련 주요안과질환'을 제외한 질병을 '당뇨관련 주요질환(안과제외)'라 합니다. '당뇨관련 주요질환(안과제외)'는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 당뇨관련 주요질환(안과제외) 분류표(별표 7 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

④ '당뇨관련 주요질환', '당뇨관련 주요안과질환' 및 '당뇨관련 주요질환(안과제외)'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사(치과의사 제외)에 의한 진단서에 의합니다.

제 8 조 입원의 정의와 장소

이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의사(치과의사 제외)에 의하여 '당뇨관련 주요질환'으로 인한 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 9 조 수술의 정의 및 장소

① 이 특약에 있어서 '수술'이라 함은 의사에 의하여 피보험자에게 '당뇨관련 주요안과질환', '당뇨관련 주요질환(안과제외)'로 인한 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 수술을 받는 경우를 말합니다.

② 제1항에서 '수술'은 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 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) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '수술'에서 제외합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 제7조('당뇨관련 주요질환', '당뇨관련 주요안과질환' 및 '당뇨관련 주요질환(안과제외)'의 정의 및 진단확정)의 '당뇨관련 주요안과질환'의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser)수술도 포함됩니다.

제 10 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 11 조 보험금의 지급사유

- ① 이 특약은 다음 각 호에 해당하는 총 5개의 세부보장(이하 '세부보장'이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 세부보장 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 '당뇨병(당화혈색소 기준)'으로 진단이 확정되었을 경우: 당뇨병 진단자금(최초 1회한)
2. 피보험자가 보험기간 중 '인슐린 치료'를 받았을 경우: 인슐린 치료자금(최초 1회한)
3. 피보험자가 보험기간 중 '질병으로 인한 실명'으로 진단이 확정되었을 경우: 질병 실명 진단보험금(최초 1회한)
4. 피보험자가 보험기간 중 '질병으로 인한 발목 이상 족부절단'으로 진단이 확정되었을 경우: 질병 발목 이상 족부절단 보험금(최초 1회한)
5. 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 '당뇨관련 주요질환'으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 다음의 어느 하나의 사유가 발생한 경우: 당뇨관련 주요질환 입원급여금 및 수술자금
 - 가. 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 '당뇨관련 주요질환'으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 입원하였을 경우: 당뇨관련 주요질환 입원급여금(3일 초과 입원일수 1일당, 1회 입원당 120일 한도)
 - 나. 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 '당뇨관련 주요안과질환'으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우: 당뇨관련 주요안과질환 수술자금 (1회당)
 - 다. 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 '당뇨관련 주요질환(안과제외)'으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우: 당뇨관련 주요질환(안과제외) 수술자금 (1회당)

※ 갱신계약의 경우 보험금은 각 세부보장이 갱신된 경우에 한하여 보장합니다.

- ② 제1항 제5호 '나'목에도 불구하고 레이저(Laser) 수술 또는 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 등은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술자금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다. 또한, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에도 각각의 수술로 인정하지 않고, 한 종류의 수술로 보아 1회 수술에 해당하는 보험금만을 지급합니다.
- ③ 제1항 제5호 '나'목 또는 '다'목에도 불구하고 동일한 치료 목적을 위하여 '나'목 또는 '다'목에서 정한 일련의 수술을 받은 경우는 해당 항목의 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술자금을 지급합니다.

제 12 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제19조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 제11조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우, 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 제11조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호의 경우 보험금 감액과 관련된 사항은 최초의 인술린 치료일을 기준으로 적용합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 경우 계약체결 후 1년 미만의 보험금 감액과 관련된 사항은 적용하지 않습니다.
- ⑤ 이 특약의 보험기간 중 제11조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 내지 제4호의 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 그 후에 '당뇨병(당화혈색소 기준)'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제11조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 당뇨병 진단자금을 지급합니다. 다만, 보장개시일의 전일 이전에 당뇨병으로 진단이 확정된 경우에는 제외합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 제21조(특약의 소멸) 제5항에 따라 사망 당시의 책임준비금이 지급된 경우에는 해당 세부보장의 진단자금에서 이미 지급된 사망 당시의 책임준비금(해당 세부보장의 책임준비금을 말합니다)을 차감하여 지급합니다.
- ⑧ 제11조(보험금의 지급사유) 제1항 제5호 '가'목의 당뇨관련 주요질환 입원급여금의 경우 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.
- ⑨ 피보험자가 동일한 당뇨관련 주요질환으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하여 입원을 2회 이상 한 경우(이전(移轉)하여 입원한 경우도 포함합니다)에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하고 제7항을 적용합니다. 그러나, 동일한 당뇨관련 주요질환에 의한 입원이라도 다음 각 호의 1에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
 - 1. 당뇨관련 주요질환 입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과한 날부터 개시한 입원
 - 2. 당뇨관련 주요질환 입원급여금이 지급된 최종입원일로부터 퇴원없이 계속 입원하여 180일이 경과한 날부터의 입원

【제12조 제9항 제2호 관련 보장기간 예시】						
	3일	퇴원없이 계속 입원		3일		...
		보장일수(120일)	보장제외 (180일)		보장일수(120일)	
최초 입원일	최초 입원일 + 3일	당뇨관련 주요질환 입원급여금이 지급된 최종입원일		보장재개일		

⑩ 제11조(보험금의 지급사유) 제1항 제5호 '가'목의 경우 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제6항에 따라 당뇨관련 주요질환 입원급여금을 지급합니다.

⑪ 제11조(보험금의 지급사유) 제1항 제5호 '가'목의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 당뇨관련 주요질환 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑫ 제11조(보험금의 지급사유) 제1항 제5호 '가'목의 경우 최초 입원일이 계약일로부터 1년 미만에 발생하였다 하더라도 입원일이 계약일로부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만 기간의 당뇨관련 주요질환 입원급여금은 50%를 지급하며, 1년 이후 기간의 당뇨관련 주요질환 입원급여금은 100%를 지급합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제11조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 13 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 14 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 책임준비금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(당화혈색소(HbA1c) 수치를 포함한 진료기록부(검사기록지 포함), 진단서(병명기입), 인슐린 처방내역이 포함된 처방전, 입원치료확인서, 수술확인서, 사망진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서를 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 또는 책임준비금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본

2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장

3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

- ③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 15 조 보험금 등의 지급절차

- ① 회사는 제14조(보험금 등의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급합니다. 다만, 보험금 또는 책임준비금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 16 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 이 특약을 최초 가입할 때 계약자는 모든 세부보장을 가입하여야 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제11조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제 4 항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제 24 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제 25 조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제 4 항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 17 조 특약의 무효

- ① 이 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 18 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약

의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 각 세부보장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액하며, 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보아 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제28조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 19 조 특약의 갱신

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약 해당일 이후인 경우에는 100세 계약 해당일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 변동될 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 제1항에도 불구하고, 이 특약을 갱신하는 경우 세부보장은 동시에 갱신하여야 합니다.

⑧ 제1항 및 제7항에도 불구하고, 이 특약의 보험기간 중 제11조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 내지 제4호의 보험금이 지급된 세부보장은 갱신되지 않으며, 나머지 세부보장에 대해서는 제1항 내지 제6항을 적용합니다.

제 20 조 특약의 보험기간

① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제19조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 3년미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 21 조 특약의 소멸

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

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우

2. 피보험자가 사망한 경우

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제11조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 내지 제4호의 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 때부터 효력이 없습니다.

③ 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

⑤ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

⑥ 제5항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제14조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제15조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 22 조 특약의 보장개시

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

제 23 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ⑤ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제21조(특약의 소멸) 제2항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후의 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다. 다만, 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제 24 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제28조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 25 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

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

니다.

- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었거나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 26 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제28조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하는 경우 모든 세부보장에 대하여 동시에 해지하여야 합니다.

제 26 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제28조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 27 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 - 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제28조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 28 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이

자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제26조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 29 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(1) 당뇨병 진단자금

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
		1년미만	50만원
당뇨병 진단자금	피보험자가 보험기간 중 '당뇨병(당화혈색소 기준)'으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	1년이상	100만원

(2) 인슐린 치료자금

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
		1년미만	250만원
인슐린 치료자금	피보험자가 보험기간 중 '인슐린 치료'를 받았을 경우(최초 1회한)	1년이상	500만원

(3) 질병 실명 진단보험금

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
		1년미만	1,000만원
질병 실명 진단보험금	피보험자가 보험기간 중 '질병으로 인한 실명'으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	1년이상	2,000만원

(4) 질병 발목 이상 족부절단보험금

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
		1년미만	1,000만원
질병 발목 이상 족부절단보험금	피보험자가 보험기간 중 '질병으로 인한 발목 이상 족부절단'으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	1년이상	2,000만원

(5) 당뇨관련 주요질환 입원급여금 및 수술자금

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
		1년미만	1만 5천원
당뇨관련 주요질환 입원급여금	보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 '당뇨관련 주요질환'으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 입원하였을 경우(3일초과 1일당 지급, 1회 입원당 지급일수는 120일 한도)	1년이상	3만원

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
당뇨관련 주요안과질환 수술자금	보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 '당뇨관련 주요안과질환'으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우(1회당)	1년미만	25만원
		1년이상	50만원
당뇨관련 주요질환(안과제외) 수술자금	보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 '당뇨관련 주요질환(안과제외)'으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우(1회당)	1년미만	150만원
		1년이상	300만원

- 주) 1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약체결 후 1년 미만의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
2. 지급금액의 경과기간은 다음과 같습니다.
- 당뇨병 진단자금, 질병 실명 진단보험금 및 질병 발목 이상 족부절단보험금: 보험계약일부터 진단 확정일까지의 경과기간
 - 인슐린 치료자금: 보험계약일부터 최초의 인슐린 치료일까지의 경과기간
 - 당뇨관련 주요안과질환 수술자금 및 당뇨관련 주요질환(안과제외) 수술자금: 보험계약일부터 수술일까지의 경과기간
 - 당뇨관련 주요질환 입원급여금: 보험계약일부터 입원일까지의 경과기간
3. 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
4. 주3)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제19조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
5. '당뇨병(당화혈색소 기준)'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 당뇨병 분류표(별표 3 참조)에서 정한 질병 중 당화혈색소(HbA1c) 6.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.
6. '인슐린 치료'라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 당뇨병 분류표(별표 3 참조)에서 정한 당뇨병의 치료를 직접적인 목적으로 영구적인 인슐린 투여가 필요하다고 인정된 경우로서, 인슐린을 지속적으로 투여받은 경우를 말합니다. 다만, 혈당강하제치료(경구용 또는 주사용 제제 등), 정맥주사, 비인슐린제제(GLP-1 수용체 유사체 등) 치료, 외상 또는 급성질환, 수술 등과 같은 이유로 일시적인 인슐린 치료를 받는 경우는 보장에서 제외됩니다.
7. '질병 실명 진단보험금' 및 '질병 발목 이상 족부절단보험금'의 '질병'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '질병 분류표'(별표 4 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
8. '당뇨관련 주요질환'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '당뇨관련 주요질환 분류표'(별표 5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
9. '당뇨관련 주요안과질환'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '당뇨관련 주요안과질환 분류표'(별표 6 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
10. 제8호에서 정한 '당뇨관련 주요질환'에서 제9호에서 정한 '당뇨관련 주요안과질환'을 제외한 질병을 '당뇨관련 주요질환(안과제외)'라 합니다. '당뇨관련 주요질환(안과제외)'는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 당뇨관련 주요질환(안과제외) 분류표(별표 7 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
11. 당뇨관련 주요질환 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
12. '당뇨관련 주요안과질환 수술자금'의 경우 레이저(Laser) 수술 또는 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 등은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의

수술자금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다. 또한, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에도 각각의 수술로 인정하지 않고, 한 종류의 수술로 보아 1회 수술에 해당하는 보험금만을 지급합니다.

13. '당뇨관련 주요안과질환 수술자금' 또는 '당뇨관련 주요질환(안과제외) 수술자금'의 경우 동일한 치료 목적을 위하여 일련의 수술을 받은 경우는 해당 항목의 1회의 수술로 보아 1회의 수술자금을 지급합니다.
14. 이 특약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금(당뇨관련 주요질환 입원급여금 및 수술자금은 제외) 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다.
15. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제15조 제2항 및 제28조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
당뇨병 진단자금, 인슐린 치료자금, 질병 실명 진단보험금, 질병 발목 이상 족부절단보험금, 당뇨관련 주요질환 입원급여금 및 수술자금 (제11조 제1항), 사망 당시의 책임준비금 (제21조 제5항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제28조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

당뇨병 분류표

이 약관에서 규정하는 ‘당뇨병’으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1형 당뇨병	E10
2형 당뇨병	E11
영양실조-관련 당뇨병	E12
기타 명시된 당뇨병	E13
상세불명의 당뇨병	E14

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 임신중 당뇨병(O24)은 보장에서 제외됩니다.

【 별표 4 】

질병 분류표

1. 보장대상이 되는 질병

다음에 해당하는 질병은 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

한국표준질병·사인분류상의(A00~R99, U00~U99)에 해당하는 질병

2. 보험금을 지급하지 않는 질병

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

【 별표 5 】

당뇨관련 주요질환

이 약관에서 규정하는 '당뇨관련 주요질환'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 (KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1형 당뇨병	E10
2형 당뇨병	E11
영양실조-관련 당뇨병	E12
기타 명시된 당뇨병	E13
상세불명의 당뇨병	E14
당뇨병성 단일신경병증	G59.0*
당뇨병성 다발신경병증	G63.2*
당뇨병성 백내장	H28.0*
당뇨병성 망막병증	H36.0*
당뇨병성 관절병증	M14.2*
당뇨병에서의 사구체장애	N08.3*

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

【 별표 6 】

당뇨관련 주요안과질환

이 약관에서 규정하는 '당뇨관련 주요안과질환'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 (KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
눈합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.3†
눈합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.3†
눈합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.3†
눈합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.3†
눈합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.3†
당뇨병성 백내장	H28.0*
당뇨병성 망막병증	H36.0*

※ 레이저(Laser) 수술 또는 신의료기술평가위원회 (향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 등은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술자금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다. 또한, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에도 각각의 수술로 인정하지 않고, 1회의 수술로 보아 1회 수술에 해당하는 보험금을 지급합니다.

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

【 별표 7 】

당뇨관련 주요질환(안과제외)

이 약관에서 규정하는 '당뇨관련 주요질환(안과제외)'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
혼수를 동반한 1형 당뇨병	E10.0
산증을 동반한 1형 당뇨병	E10.1
신장합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.2†
신경학적 합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.4†
말초순환계 합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.5
기타 명시된 합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.6
다발성 합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.7
상세불명의 합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.8
합병증을 동반하지 않은 1형 당뇨병	E10.9
혼수를 동반한 2형 당뇨병	E11.0
산증을 동반한 2형 당뇨병	E11.1
신장합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.2†
신경학적 합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.4†
말초순환계 합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.5
기타 명시된 합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.6
다발성 합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.7
상세불명의 합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.8
합병증을 동반하지 않은 2형 당뇨병	E11.9
혼수를 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.0
산증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.1
신장합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.2†
신경학적 합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.4†
말초순환계 합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.5
기타 명시된 합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.6
다발성 합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.7
상세불명의 합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.8
합병증을 동반하지 않은 영양실조-관련 당뇨병	E12.9
혼수를 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.0
산증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.1
신장합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.2†
신경학적 합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.4†
말초순환계 합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.5
기타 명시된 합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.6

대상이 되는 질병	분류번호
다발성 합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.7
상세불명의 합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.8
합병증을 동반하지 않은 기타 명시된 당뇨병	E13.9
혼수를 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.0
산증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.1
신장합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.2†
신경학적 합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.4†
말초순환계 합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.5
기타 명시된 합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.6
다발성 합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.7
상세불명의 합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.8
합병증을 동반하지 않은 상세불명의 당뇨병	E14.9
당뇨병에서의 사구체장애	N08.3*
당뇨병성 단일신경병증	G59.0*
당뇨병성 다발신경병증	G63.2*
당뇨병성 관절병증	M14.2*

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

대상포진 및 통풍보장특약(갱신형)(T3.2) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 5 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 6 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 이 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제11조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제14조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '대상포진'의 정의 및 진단 확정

- ① 이 특약에 있어서 '대상포진'이라 함은 '대상포진 분류표'(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 대상포진의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 해당 분야 전문의 자격증을 가진자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제 4 조 '통풍'의 정의 및 진단 확정

- ① 이 특약에 있어서 '통풍'이라 함은 '통풍 분류표'(별표 4 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 통풍의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 임상학적 기준을 근거로 혈청 요산 검사, 관절액 채취 및 편광현미경 검사, 기타 혈액검사 등의 검사 소견 및 초음파, 이중에너지 컴퓨터 단층촬영, 방사선 검사 등의 영상 소견을 기초로 하여야 합니다.

제 5 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021. 1. 1 시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 6 조 보험금의 지급사유

이 특약은 다음 각 호에 해당하는 총 2개의 세부보장(이하 '세부보장'이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 세부보장 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. 보험기간 중 피보험자가 '대상포진'으로 진단 확정되었을 경우(최초 1회한): 대상포진 진단자금 지급
 2. 보험기간 중 피보험자가 '통풍'으로 진단 확정되었을 경우(최초 1회한): 통풍 진단자금 지급
- ※ 갱신계약의 경우 보험금은 각 세부보장이 갱신된 경우에 한하여 보장합니다.

제 7 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 '장해분류표'(별표 5 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미

보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 최초계약의 경우 계약일부터 1년 미만에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진 진단자금 및 통풍 진단자금의 보험금 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 대상포진 진단자금 및 통풍 진단자금의 50%를 지급합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 갱신계약의 경우 계약체결 후 1년 미만의 보험금 감액과 관련한 사항은 적용하지 않습니다.

⑥ 이 특약의 보험기간 중 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 또는 제2호의 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다.

⑦ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 그 후에 '대상포진', '통풍'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제2호에 따라 진단자금을 지급합니다. 그러나, 보장개시일의 전일 이전에 '대상포진', '통풍'으로 진단이 확정된 경우에는 진단자금을 지급하지 않습니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 제16조(특약의 소멸) 제5항에 따라 사망 당시의 책임준비금이 지급된 경우에는 해당 세부보장의 진단자금에서 이미 지급된 사망 당시의 책임준비금(해당 세부보장의 책임준비금을 말합니다)을 차감하여 지급합니다.

⑨ 제1항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, '장애분류표'(별표 5 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑩ 제9항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표 5 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑬ 제1항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 합니다.

⑭ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 '장애분류표'(별표 5 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, '장애분류표'(별표 5 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제1항 및 제14항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑯ '장애분류표'(별표 5 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 '장애분류표'(별표 5 참

조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 책임준비금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 10 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 및 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는

‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 청약할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 이 특약을 최초 가입할 때 계약자는 모든 세부보장을 가입하여야 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제6조(보험금의 지급사유) 및 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 ‘청약일로부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제20조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 12 조 특약의 무효

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 ‘이미 납입한 보험료’는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 13 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 각 세부보장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액하며, 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 14 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간

종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
3. 제16조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우

④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 제1항에도 불구하고, 이 특약을 갱신하는 경우 세부보장은 동시에 갱신하여야 합니다.

⑧ 제1항 및 제7항에도 불구하고, 이 특약의 보험기간 중 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 또는 제2호의 보험금이 지급된 세부보장은 갱신되지 않으며, 나머지 세부보장에 대해서는 제1항 내지 제6항을 적용합니다.

제 15 조 특약의 보험기간

① 이 특약의 보험기간은 10년만기 갱신으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제14조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 16 조 특약의 소멸

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

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우
3. 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 또는 제2호의 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 때부터 효력이 없습니다.

③ 제1항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

④ 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

⑤ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

⑥ 제5항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제10조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 17 조 특약의 보장개시

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는

갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 18 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ⑤ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제16조(특약의 소멸) 제2항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후의 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다. 다만, 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제 19 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 20 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 21 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하는 경우 모든 세부보장에 대하여 동시에 해지하여야 합니다.

제 21 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 22 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 23 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제21조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 24 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(1) 대상포진 진단자금

(기준: 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액	
		경과기간	
대상포진 진단자금	피보험자가 보험기간 중 '대상포진'으로 진단이 확정되었을 경우 (최초 1회한)	1년 미만	500만원
		1년 이상	1,000만원

(2) 통풍 진단자금

(기준: 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액	
		경과기간	
통풍 진단자금	피보험자가 보험기간 중 '통풍'으로 진단 이 확정되었을 경우 (최초 1회한)	1년 미만	500만원
		1년 이상	1,000만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 '장해분류표'(별표 5 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다.) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 주1) 및 주2)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. 갱신계약의 경우에는 계약체결 후 1년 미만의 보험금 감액과 관련한 사항은 적용하지 않습니다.
5. '대상포진'이라 함은 '대상포진 분류표'(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
6. '통풍'이라 함은 '통풍 분류표'(별표 4 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
7. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
대상포진 진단자금, 통풍 진단자금 (제6조), 사망 당시의 책임준비금 (제16조 제5항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

대상포진 분류표

이 약관에서 규정하는 '대상포진'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
대상포진	B02

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

【 별표 4 】

통풍 분류표

이 약관에서 규정하는 '통풍'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
통풍	M10

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ '통풍'의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 임상학적 기준을 근거로 혈청 요산 검사, 관절액 채취 및 편광현미경 검사, 기타 혈액검사 등의 검사 소견 및 초음파, 이중에너지 컴퓨터 단층촬영, 방사선 검사 등의 영상 소견을 기초로 하여야 합니다.

【 별표 5 】 장애분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 6 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

상급종합병원입원특약(갱신형)(T3.4) 무배당[본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제9조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 특성은 다음과 같습니다.

[본인형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

[배우자형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 피보험자의 가족 관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다)로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 주피보험자의 배우자로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우에는 제외합니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 지급합니다.

(4) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

(5) '(3)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 질병 또는 재해: 별표 3 '질병 및 재해분류표'에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

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

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계

약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 이 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제13조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제16조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 입원의 정의와 장소

이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)의 규정에 의한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조 종합병원의 정의

이 특약에 있어서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

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

제 5 조 상급종합병원의 정의

이 특약에 있어서 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말한다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를

둘 것

2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것

3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추는 것

4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

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

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

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제 6 조 법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경

① 제5조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 하나에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정으로 '상급종합병원' 제도가 폐지되는 경우

2. 법령의 개정으로 '상급종합병원' 제도의 변경으로 제5조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우

【예시】

상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정으로 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않는 경우 특약내용 변경일 전일까지 특약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 '보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)'에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경일 전일까지 특약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 납입보험료, 보험가입금액 등이 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특약의 효력이 소멸되는 날(이하 '효력소멸일'이라 합니다)의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 책임준비금을 지급합니다.

⑧ 갱신계약의 경우에도 제1항 내지 제7항의 규정을 준용합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 7 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021. 1. 1 시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

- 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 8 조 보험금의 지급사유

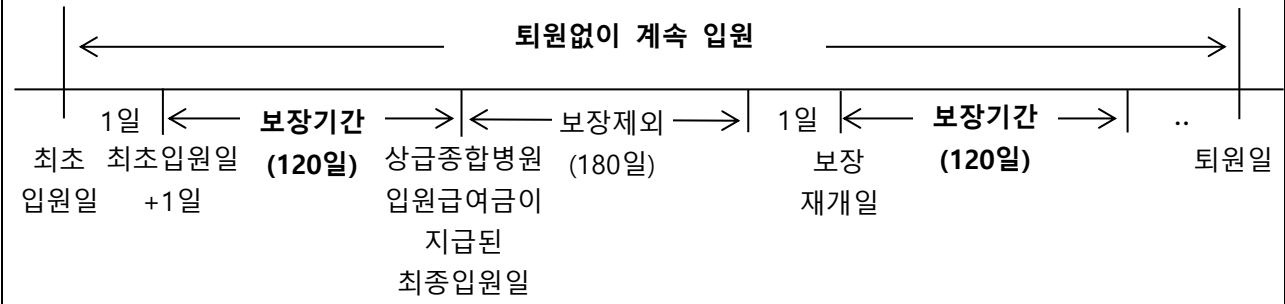
회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병으로 진단받거나 재해가 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 2일 이상 상급종합병원에 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 상급종합병원 입원급여금(별표 1 ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

※ 상기 질병 또는 재해는 ‘질병 및 재해분류표’(별표 3 참조)에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

제 9 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제16조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 상급종합병원 입원급여금의 지급일수는 상급종합병원에 입원한 일수만을 합산하여 계산하며, 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.
- ④ 피보험자가 동일한 ‘질병 또는 재해’로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하여 상급종합병원에 입원을 2회 이상 한 경우(다른 상급종합병원으로 이전(移轉)하여 입원한 경우도 포함합니다)에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하고 제3항을 적용합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
 1. 상급종합병원 입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과한 날부터 개시한 입원
 2. 상급종합병원 입원급여금이 지급된 최종입원일로부터 퇴원없이 계속 입원하여 180일이 경과한 날부터의 입원

[제9조 제5항 제2호 관련 보장기간 예시]

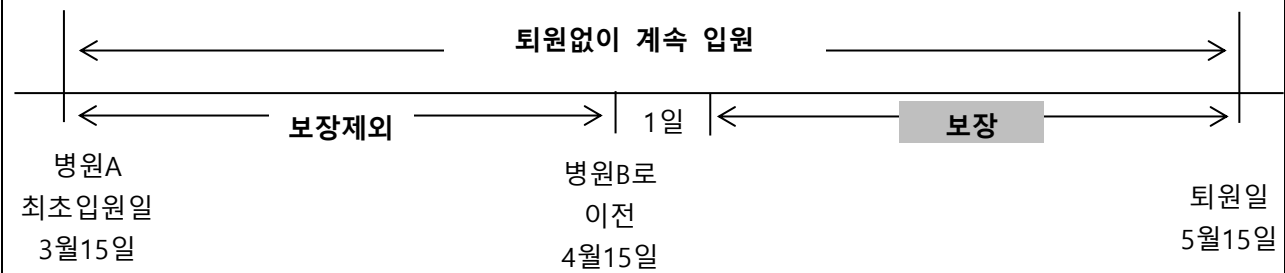


⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 상급종합병원 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 상급종합병원 입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제3항에 따라 계속 상급종합병원 입원급여금을 지급합니다.

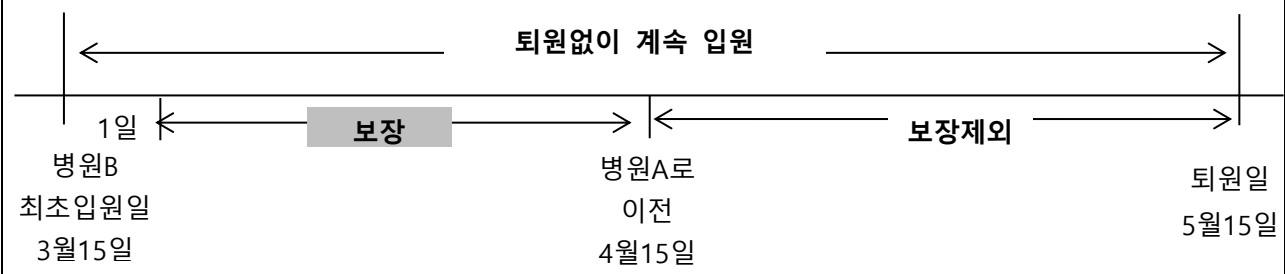
⑧ 피보험자가 '상급종합병원 이외의 의료기관'에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 제3항 내지 제5항을 적용하여 제9조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 입원급여금을 이전하여 입원한 날의 다음날부터 지급합니다.

[‘상급종합병원 이외의 병원(병원A)’에서 상급종합병원(병원B)으로 이전한 경우 예시]



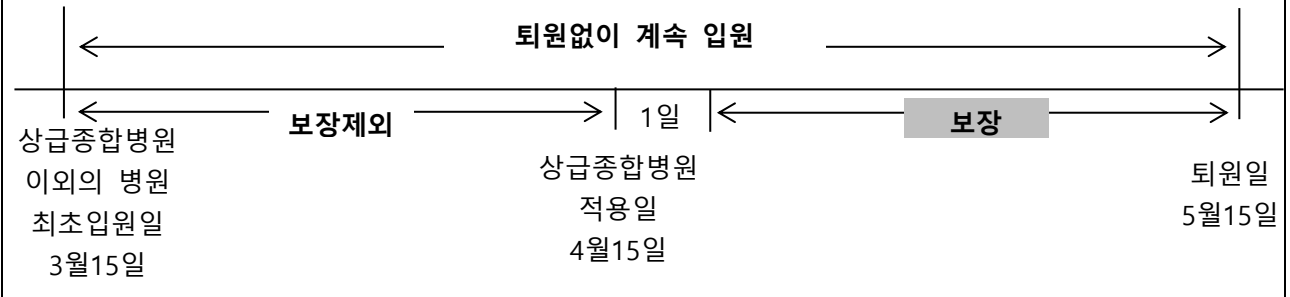
⑨ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 '상급종합병원 이외의 의료기관'으로 이전하여 입원한 경우 제3항 내지 제5항을 적용하여 제9조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 입원급여금을 이전하여 입원한 날까지 지급합니다.

[상급종합병원(병원B)에서 '상급종합병원 이외의 병원(병원A)'으로 이전한 경우 예시]



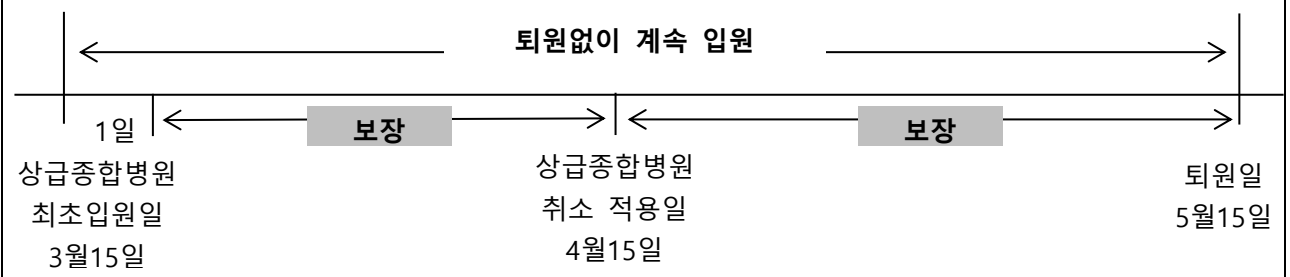
⑩ 제6조(법령 등의 개정 등에 따른 특약 내용의 변경) 제1항에도 불구하고 피보험자가 '상급종합병원 이외의 의료기관'에 입원하여 치료를 받던 중 해당 의료기관이 상급종합병원으로 지정되는 경우 제3항 내지 제5항을 적용하여 제9조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 입원급여금을 상급종합병원 적용일의 다음 날부터 지급합니다.

[‘상급종합병원 이외의 병원’에서 상급종합병원으로 지정된 경우 예시]



⑪ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 제3항 및 제4항을 적용하여 제9조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 입원급여금을 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 지급하며, 제5항의 ‘새로운 입원’은 지급하지 않습니다.

[상급종합병원 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 예시]



⑫ 피보험자가 2가지 이상의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하여 상급종합병원에 입원한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 상급종합병원 입원급여금을 지급합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제9조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 10 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 11 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 책임준비금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 입원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 또는 책임준비금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수

익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
 2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
 3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서
- ③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 12 조 보험금 등의 지급절차

- ① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급합니다. 다만, 보험금 또는 책임준비금의 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 13 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제9조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제22조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 14 조 특약의 무효

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 15 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제25조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 16 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 3. 제18조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 17 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일로부터 제16조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 3년 미만일 경우에는 갱신일로부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 18 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 피보험자가 사망한 경우
- ② 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [본인형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [배우자형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

- ⑤ 제6조(법령 등의 개정 등에 따른 특약 내용의 변경) 제4항에 따라 계약자가 특약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우에는 회사는 계약자에게 이 특약의 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
- ⑥ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑦ 제6항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제11조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제12조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 19 조 특약의 보장개시

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 20 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 21 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제25조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 22 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 23 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제25조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 23 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제25조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 24 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제25조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 25 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 '산출방법서'에 따라 계산합니다.

- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제23조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 26 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원 입원급여금	보험기간 중 피보험자가 질병으로 진단받거나 재해가 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 2일 이상 상급종합 병원에 입원하였을 경우	1일 초과 입원1일당 2만원

- 주) 1. 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 주1)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제16조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.
4. 상급종합병원 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
5. 상기 질병 또는 재해는 '질병 및 재해분류표'(별표 3 참조)에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.
6. 이 특약에 있어서 '상급종합병원'은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 의하여 보건복지부 장관이 지정하는 의료기관을 말합니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제25조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
상급종합병원 입원급여금 (제8조), 사망 당시의 책임준비금 (제18조 제5항 및 제6항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제25조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지 의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과 기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

질병 및 재해분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동 장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 질병 및 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용합니다.

성인특정질환입원특약(K14.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 특성은 다음과 같습니다.

[본인형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

[배우자형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다)로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 주피보험자의 배우자로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우에는 제외합니다)에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

(4) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

(5) '(3)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부 터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사 양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해: 별표 3 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

나. 장해: 별표 4 '장해분류표'에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균 공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '성인특정질환Ⅲ'의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 '성인특정질환Ⅲ'라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 성인특정질환Ⅲ 분류표(별표 5 참조)에서 정한 제1형, 제2형, 제3형의 질병을 말합니다.

② 성인특정질환Ⅲ의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

제 4 조 입원의 정의와 장소

이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의사에 의하여 성인특정질환Ⅲ로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 5 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다. 피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 6 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 성인특정질환Ⅲ로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 성인특정질환입원급여금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 7 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 되었을 경우

에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 4 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑥ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑦ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 4 참조)상 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑧ 제1항 및 제7항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑨ 제6조(보험금의 지급사유)의 성인특정질환입원급여금의 경우 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다. 다만, 성인특정질환Ⅲ 제3형에 의한 성인특정질환입원급여금의 경우 30일을 최고한도로 합니다.

⑩ 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 성인특정질환Ⅲ의 치료를 직접적인 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우(이전(移轉)하여 입원한 경우도 포함합니다)에는 1회 입원으로 보아 각각 입원일수를 더하여 제9항을 적용합니다. 그러나 동일한 성인특정질환Ⅲ에 의한 입원이라도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

1. 성인특정질환입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과한 날부터 개시한 입원
2. 성인특정질환입원급여금이 지급된 최종입원일부터 퇴원없이 계속 입원하여 180일이 경과한 입원

[제10항 제2호 성인특정질환입원급여금 관련 보장기간 예시]

	3일	퇴원없이 계속 입원		3일	...
		보장일수(120일) (다만, 제3형의 경우 30일)	보장제외 (180일)		
최초 입원일	최초입원일 + 3일	성인특정질환입원급여금이 지급된 최종입원일		보장재개일	

⑪ 피보험자가 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제9항에 따라 계속 성인특정질환입원급여금을 지급하여 드립니다.

- ⑫ 피보험자가 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 두 가지 이상의 질병으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 입원한 경우에는 가장 높은 성인특정질환입원급여금을 지급하며 성인특정질환입원급여금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 성인특정질환입원급여금을 지급합니다. 다만, 두 가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.
- ⑬ 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 성인특정질환입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑭ 장해분류표(별표 4 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 4 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
- ⑮ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조 보험금의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단확인서, 입원치료확인서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 10 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험

료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.

③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제6조(보험금의 지급사유) 및 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제19조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 12 조 특약의 무효

① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우

2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 13 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 14 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 15 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감 되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
 2. 피보험자가 사망한 경우
- ② 제1항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목[본인형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목[배우자형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 16 조 특약의 보장개시

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 17 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 18 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또

는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 19 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

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

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

③ 제1항에도 불구하고 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 20 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 20 조의 2 위법계약의 해지

① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 21 조 중대사유로 인한 해지

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하

였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 22 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다
- ④ 제20조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 23 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
성인특정질환 입원급여금	피보험자가 보험기간 중 성인특정질환Ⅲ로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 입원하였을 경우	3일초과 1일당 제1형 : 5만원 제2형 : 3만원 제3형 : 2만원 ※ 1회 입원당 지급일수는 120일 한도 (다만, 제3형은 30일 한도)

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 성인특정질환입원급여금의 경우 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다. 다만, 성인특정질환Ⅲ 제3형에 의한 성인특정질환입원급여금의 경우는 30일을 최고한도로 합니다.
3. 성인특정질환Ⅲ라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 성인특정질환Ⅲ 분류표(별표 5 참조)에서 정한 제1형, 제2형, 제3형의 질병을 말합니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제22조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
성인특정질환입원급여금 (제6조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일 까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 4 】 장해분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 5 】

성인특정질환Ⅲ 분류표

이 약관에서 규정하는 성인특정질환Ⅲ로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

[제1형]

대상이 되는 질병	분류번호
심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
심장 침범이 있는 류마티스열	I01
류마티스무도병	I02
류마티스성 승모판질환	I05
류마티스성 대동맥판질환	I06
류마티스성 삼첨판질환	I07
다발판막질환	I08
기타 류마티스심장질환	I09
협심증	I20
급성 심근경색증	I21
후속심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
기타 급성 허혈심장질환	I24
만성 허혈심장병	I25
폐색전증	I26
기타 폐성 심장질환	I27
폐혈관의 기타 질환	I28
급성 심장막염	I30
심장막의 기타 질환	I31
달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32*
급성 및 아급성 심내막염	I33
비류마티스성 승모판장애	I34
비류마티스성 대동맥판장애	I35
비류마티스성 삼첨판장애	I36
폐동맥판장애	I37
상세불명 판막의 심내막염	I38
달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39*
급성 심근염	I40
달리 분류된 질환에서의 심근염	I41*
심근병증	I42
달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43*
방실차단 및 좌각차단	I44
기타 전도장애	I45
심장정지	I46
발작성 빈맥	I47
심방세동 및 조동	I48
기타 심장부정맥	I49

대상이 되는 질병	분류번호
심부전	I50
심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52*
심장절개후증후군	I97.0
심장수술후의 기타 기능장애	I97.1

[제2형]

대상이 되는 질병	분류번호
독성간질환	K71
달리 분류되지 않은 간부전	K72
간의 섬유증 및 경변증	K74
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	I62
뇌경색증	I63
출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
기타 뇌혈관질환	I67
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68*
뇌혈관질환의 후유증	I69
급성 신부전	N17
만성 신장병	N18
상세불명의 신부전	N19

[제3형]

구 분	대상이 되는 질병	분류번호
남녀 공통	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기결핵	A15
	세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기결핵	A16
	신경계통의 결핵	A17†
	기타 기관의 결핵	A18
	췌장결핵	A19
	결핵의 후유증	B90
	달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
	폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17*
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	폐기종	J43
	기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
	선천성 요오드결핍증후군	E00
	요오드결핍과 관련된 갑상선장애 및 동류의 병태	E01
	무증상 요오드결핍성 갑상선기능저하증	E02

구 분	대상이 되는 질병	분류번호
남녀 공통	기타 갑상선기능저하증	E03
	기타 비독성 고이터	E04
	갑상선독증[갑상선기능항진증]	E05
	갑상선염	E06
	갑상선의 기타 장애	E07
	처치후 갑상선기능저하증	E89.0
	급성 A형간염	B15
	급성 B형간염	B16
	기타 급성 바이러스간염	B17
	만성 바이러스간염	B18
	상세불명의 바이러스간염	B19
	알코올성 간질환	K70
	달리 분류되지 않은 만성 간염	K73
	기타 염증성 간질환	K75
	간의 기타 질환	K76
	달리 분류된 질환에서의 간장애	K77*
	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
	급성 충수염	K35
	기타 충수염	K36
	상세불명의 충수염	K37
	충수의 기타 질환	K38
	담석증	K80
	담낭염	K81
	담낭의 기타 질환	K82
	담도의 기타 질환	K83
	급성 췌장염	K85
	췌장의 기타 질환	K86
	달리 분류된 질환에서의 담낭, 담도 및 췌장의 장애	K87*
	노년백내장	H25
	기타 백내장	H26
	달리 분류된 질환에서의 백내장 및 수정체의 기타 장애	H28*
	화농성 관절염	M00
	달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접감염	M01*
	반응성 관절병증	M02
	달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관절병증	M03*
	건선성 및 장병성 관절병증	M07*
	통풍	M10
	기타 결정 관절병증	M11
	제1수근중수관절의 관절증	M18
	전신홍반루푸스	M32
	피부다발근염	M33
	전신경화증	M34
	결합조직의 기타 전신침범	M35

구 분	대상이 되는 질병	분류번호
	달리 분류된 질환에서의 결합조직의 전신장애	M36*
	입 및 인두의 양성 신생물	D10
	주치샘의 양성 신생물	D11
	결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물	D12
	기타 및 부위불명의 소화계통의 양성 신생물	D13
	중이 및 호흡계통의 양성 신생물	D14
	기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 양성 신생물	D15
	골 및 관절연골의 양성 신생물	D16
	양성 지방종성 신생물	D17
	모든 부위의 혈관종 및 림프관종	D18
	중피조직의 양성 신생물	D19
	후복막 및 복막 연조직의 양성 신생물	D20
	결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D21
	멜라닌세포모반	D22
	피부의 기타 양성 신생물	D23
	비뇨기관의 양성 신생물	D30
	눈 및 부속기의 양성 신생물	D31
	수막의 양성 신생물	D32
	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
	갑상선의 양성 신생물	D34
	기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D35
	기타 및 상세불명 부위의 양성 신생물	D36
남자	급성 신염증후군	N00
	급속 진행성 신염증후군	N01
	재발성 및 지속성 혈뇨	N02
	만성 신염증후군	N03
	신증후군	N04
	상세불명의 신염증후군	N05
	명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨	N06
	달리 분류되지 않은 유전성 신장병증	N07
	달리 분류된 질환에서의 사구체장애	N08*
	급성 세뇨관-간질신장염	N10
	만성 세뇨관-간질신장염	N11
	급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염	N12
	폐색성 및 역류성 요로병증	N13
	약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태	N14
	기타 신세뇨관-간질질환	N15
	달리 분류된 질환에서의 신세뇨관-간질장애	N16*
	신장 및 요관의 결석	N20
	하부요로의 결석	N21
	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석	N22*
	상세불명의 신장 급통증	N23
	신세뇨관기능손상으로 인한 장애	N25
	상세불명의 신장위축	N26
	원인불명의 작은 신장	N27

구 분	대상이 되는 질병	분류번호
남자	달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애	N28
	달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N29*
	달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애	N31
	요도협착	N35
	전립선증식증	N40
	남성생식기관의 양성 신생물	D29
여자	양성 유방형성이상	N60
	유방의 염증성 장애	N61
	유방의 비대	N62
	유방의 상세불명의 덩이	N63
	유방의 기타 장애	N64
	난관염 및 난소염	N70
	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환	N71
	자궁경부의 염증성 질환	N72
	기타 여성골반염증질환	N73
	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애	N74*
	바르톨린선의 질환	N75
	질 및 외음부의 기타 염증	N76
	달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양 및 염증	N77*
	자궁내막증	N80
	여성생식기탈출	N81
	여성생식관을 침범한 누공	N82
	난소, 난관 및 넓은인대의 비염증성 장애	N83
	여성생식관의 폴립	N84
	자궁경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애	N85
	자궁경부의 미란 및 외반	N86
	자궁경부의 이형성	N87
	자궁경부의 기타 비염증성 장애	N88
	질의 기타 비염증성 장애	N89
	외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애	N90
	무월경, 소량 및 희발 월경	N91
	과다, 빈발 및 불규칙 월경	N92
	기타 이상 자궁 및 질 출혈	N93
	여성생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태	N94
	폐경 및 기타 폐경전후 장애	N95
	달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N99
	유방의 양성 신생물	D24
	자궁의 평활근종	D25
	자궁의 기타 양성 신생물	D26
	난소의 양성 신생물	D27
	기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D28

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 기준에 의거하여 상기 ‘성인특정질환Ⅲ’ 중 일부는 아래와 같이 발현(또는 원인) 코드로 동시 진단될 수 있습니다.

[제1형]

성인특정질환Ⅲ 대상코드		발현(또는 원인) 코드	
대상이 되는 질병	분류번호	대상이 되는 질병	분류번호
달리 분류된 질환에서의 상세불명 판막의 심내막염	I39.8*	칸디다심내막염	B37.6†
달리 분류된 세균성 질환에서의 심장막염	I32.0*주)	수막알균성 심장병	A39.5†
달리 분류된 질환에서의 상세불명 판막의 심내막염	I39.8*주)		
달리 분류된 세균성 질환에서의 심근염	I41.0*주)		
달리 분류된 세균성 질환에서의 기타 심장장애	I52.0*주)		

주) I32.0~I52.0은 약관상 동시에 보장하고 있는 경우만 A39.5†도 보장합니다. 즉, I32.0~I52.0 중 일부만 보장하는 경우 A39.5†는 보장하지 않습니다.

※ 발현코드와 원인코드는 한국표준질병·사인분류 기준에 따라 상기와 같이 정의되며, 원인과 질환에 따라 병행하여 동시에 기재할 수 있습니다. 즉, 발현코드는 원인코드의 부가적인 질병분류번호로서, 다양한 원인 질환(원인코드)과 병행될 수 있습니다.

[제3형]

성인특정질환Ⅲ 대상코드			발현(또는 원인) 코드	
구분	대상이 되는 질병	분류번호	대상이 되는 질병	분류번호
남녀 공통	골 및 관절의 결핵	A18.0†	결핵관절염	M01.1*
			척추의 결핵	M49.0*
			뼈의 결핵	M90.0*
	비뇨생식계통의 결핵	A18.1	결핵성 방광염	N33.0*
			자궁경부의 결핵감염	N74.0*
			여성 결핵성 골반염증질환	N74.1*
	장, 복막 및 장간막 림프절의 결핵	A18.3	결핵성 복막염	K67.3*
			장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애	K93.0*
	달리 분류된 바이러스질환에서의 폐렴	J17.1*	거대세포바이러스폐렴	B25.0†
			폐렴이 합병된 홍역	B05.2†
			수두폐렴	B01.2†
	기생충질환에서의 폐렴	J17.3*	폐톡소포자충증	B58.3†

성인특정질환Ⅲ 대상코드			발현(또는 원인) 코드	
구분	대상이 되는 질병	분류번호	대상이 되는 질병	분류번호
남녀 공통	미만성 고이터를 동반한 갑상선독증	E05.0	갑상선이상성 안구돌출	H06.2*
	달리 분류된 감염성 및 기생충 성 질환에서의 간장애	K77.0*	거대세포바이러스간염	B25.1†
			톡소포자충간염	B58.1†
여자	자궁경부의 결핵감염	N74.0*	여성생식기관의 결핵	A18.17†
	여성 결핵성 골반염증질환	N74.1*		

※ 발현코드와 원인코드는 한국표준질병·사인분류 기준에 따라 상기와 같이 정의되며, 원인과 질환에 따라 병행하여 동시에 기재할 수 있습니다. 즉, 발현코드는 원인코드의 부가적인 질병분류번호로서, 다양한 원인 질환(원인코드)과 병행될 수 있습니다.

수술보장특약(갱신형)(T10.4) 무배당[본인형,자녀형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 득실은 다음과 같습니다.

[본인형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

[자녀형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 피보험자의 가족 관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀 또는 직계비속 중 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 주피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀 또는 직계비속 중 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해: 별표 3 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

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

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약 체결시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한

규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제10조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제13조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 수술의 정의와 장소

① 이 특약에 있어서 '수술'이라 함은 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 '1~5종 수술분류표'(별표 4 참조)에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항에서 '수술'은 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 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) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '수술'에서 제외합니다.

제 4 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 5 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 '1~5종 수술분류표'(별표 4 참조)에서 정한 수술을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 수술자금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 6 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제13조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 회사는 피보험자가 동시에 두 가지 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 해당하는 한 가지의 수술에 대해서만 수술자금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 가지 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술자금을 지급합니다.

【동시에 두 가지 이상의 수술을 받은 경우】

동시에 두 가지 이상의 수술을 받은 경우라 함은 같은 수술실에서 수술 부위와 관계없이 시간적으로 연속하여 두 가지 이상의 수술을 받는 것을 말합니다.

④ 제3항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

⑤ 피보험자가 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 수술을 60일 이내에 2회 이상 받은 경우, 해당 수술이 '1~5종 수술분류표'(별표 4 참조)에서 정한 기준에 따라 1회로 간주되는 경우에는 1회의 수술자금을 지급하며 해당 수술은 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 8 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 책임준비금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(수술확인서, 사망진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 책임준비금 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본

2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장

3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

- ③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 9 조 보험금 등의 지급절차

- ① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급합니다. 다만, 보험금 또는 책임준비금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 10 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 자녀형 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제5조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제19조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 11 조 특약의 무효

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 12 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약

의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

제 13 조 특약의 갱신

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

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 다음과 같이 정합니다.

[본인형]

최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약 해당일 이후인 경우에는 100세 계약 해당일로 합니다.

[자녀형]

최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 30세 계약해당일 이후인 경우에는 30세 계약해당일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 14 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 1년 만기 갱신으로 합니다.

제 15 조 특약의 소멸

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

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우

② 제1항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [본인형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [자녀형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

⑤ 제1항 제2호의 경우 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

⑥ 제5항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및

지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 16 조 특약의 보장개시

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 17 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입 기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 18 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

제 19 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약

약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 20 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 특약 체결시 피보험자가 태아(胎兒)이며, 출생예정일(특약 체결시 청약서에 기재된 출생예정일 또는 임신 주수를 기준으로 계산된 출생예정일을 말합니다) 이후부터 태아가 출생하기 전에 계약을 해지하는 경우에는 출생예정일 이후에 납입한 보험료를 계약자에게 지급하여 드립니다.
- ④ 보험료 납입이 면제된 경우, 제3항의 '출생예정일 이후에 납입한 보험료'는 출생예정일 이후에 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ⑤ 제3항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제 20 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제2항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 21 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제 6 관 기타사항 등

제 22 조 해지환급금

- ① 이 특약은 해지환급금이 없습니다.
- ② 제20조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.
- ③ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구

를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.

제 23 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
수술자금	보험기간 중 피보험자가 '1~5종 수술분류표'(별표 4 참조)에서 정한 수술을 받았을 경우	1회당 1종 : 10만원 2종 : 30만원 3종 : 50만원 4종 : 100만원 5종 : 300만원

- 주) 1. 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 주1)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제13조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. 피보험자가 동시에 두 가지 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 해당하는 한 가지의 수술에 대해서만 수술자금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 가지 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술자금을 지급합니다.
4. 피보험자가 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 수술을 60일 이내에 2회 이상 받은 경우, 해당 수술이 '1~5종 수술분류표'(별표 4 참조)에서 정한 기준에 따라 1회로 간주되는 경우에는 1회의 수술자금을 지급하며 해당 수술은 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
5. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제22조 제3항 관련)

구 분	기 간	지급이자
수술자금(제5조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지 의 기간	-1년이내: 평균공시이율의 50% -1년 초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 4 】

1~5종 수술분류표

I. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구 분	수술명	수술종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내 고정물 제거술은 제외함] [치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant)등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함) 11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢) 절단수술	3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢) 재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靱帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4
	19. 폐장(肺臟) 이식수술[수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]	4
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1

구 분	수술명	수술종류
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심막(心膜) 관혈수술[개흉술을 수반하는 것]	4
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술[개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장 이식수술[수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(脾臟) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]	3
	37. 간장 이식수술[수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술[개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막 염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈 근본수술은 제외	4
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1
비뇨기계·생식기계의 수술 [인공임신중절 수술은 제외함]	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]	4
	46. 요도 관혈수술[경요도적 조작은 제외함]	2
	47. 방광류·요실금 교정수술	1
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術)[수용자에 한함]	5
	49. 음경(陰莖) 절단수술(포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	50. 고환(睪丸), 부고환(副睪丸), 정관(精管), 정삭(精索), 정낭(精囊) 관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2
	51. 음낭관혈수술	1
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2

구 분	수술명	수술종류
비뇨기계·생식기계의 수술 [인공임신중절 수술은 제외함]	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
	55. 질탈(膣脫)근본수술	1
내분비기계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	58. 부신(副腎) 절제수술	4
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	60. 신경(神經) 관혈수술	2
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼瞼下垂症)수술(안검내반증 제외)	1
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	68. 각막, 공막 이식수술	2
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充填術)	3
	76. 안와내종양절제수술	3
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	78. 안근(眼筋)관혈수술	1
청각기(聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술[고막 패치술은 제외]	2
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	81. 중이(中耳) 관혈수술[중이내 튜브유치술 제외]	2

구 분	수술명	수술종류
청각기(聽覺器)의 수술	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	83. 내이(內耳) 관혈수술	3
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요 법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	2
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) ·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3
	88-1. 뇌, 심장 88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외) 88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	2 1

(주) 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다.

다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

II. 악성 신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술종류
1. 관혈적 악성 신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5
1-1. 기타피부암(C44)	3
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성 신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3
3. 상기 이외의 기타 악성 신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3

(주) 1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 'I. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.

2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.

3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 관혈적 악성 신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.

- 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제

거, 주입)을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.

- 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 5종으로 인정하지 않습니다.

Ⅲ. 악성 신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목	수술종류
1. 악성 신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3
2. 두개내신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

(주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(1~5종 수술분류표 사용 지침)

1. '수술'이라 함은 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 '1~5종 수술분류표'에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다. '수술'은 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 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) BLOCK(신경의 차단)은 '수술'에서 제외합니다.
2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. '관혈적 악성 신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성 신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 광청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. '1~5종 수술분류표' 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
'1~5종 수술분류표'에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 '수술'의 정의에 해당하여야 하고 약물투여 치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
 - 1) '1~5종 수술분류표' 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 '1~5종 수술분류표' 상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
 - 2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 '1~5종 수술분류표' 중 '일반 질병 및 재해 치료목적의 수술' 88항 (악성 신생물의 경우는 '악성 신생물 치료 목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.
6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생하는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성 신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. '두개내신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로써 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
8. 다음과 같은 수술은 수술보험금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
 - 1) 미용 성형상의 수술
 - 2) 피임(避妊) 목적의 수술
 - 3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
 - 4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]
 - 5) 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술

시니어수술특약(갱신형)(T3.2) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제9조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해: 별표 6 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

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

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제14조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 수술의 정의와 장소

- ① 이 특약에 있어서 '수술'이라 함은 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 '인공관절(견관절, 고관절)치환, 인공관절(슬관절)치환, 관절염, 백내장, 녹내장'으로 인한 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 수술을 받는 경우를 말합니다.
- ② 제1항에서 '수술'은 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 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) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '수술'에서 제외합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 제6조('백내장'의 정의 및 진단확정)의 '백내장' 또는 제7조('녹내장'의 정의 및 진단확정)의 '녹내장'의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser)수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 4 조 '인공관절(견관절, 고관절)치환 수술', '인공관절(슬관절)치환 수술'의 정의

- ① 이 특약에 있어서 '인공관절(견관절, 고관절)치환 수술'이라 함은 견관절(어깨관절) 또는 고관절(엉덩이관절)이 파괴되어 더 이상 사용할 수 없는 관절(의학적으로 기능을 완전히 상실한 경우)에 대해 손상된 관절을 제거하고, 여기에 '인공적으로 만든 관절'(특수 소재를 사용한 인공적 신체의 관절로 이하 '인공관절'이라 합니다)을 삽입하여 관절의 전부 또는 일부를 치환하여 줌으로써 원래의 관절기능을 회복시켜주는 수술을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 '인공관절(슬관절)치환 수술'이라 함은 슬관절(무릎관절)이 파괴되어 더 이상 사용할 수 없는 관절(의학적으로 기능을 완전히 상실한 경우)에 대해 손상된 관절을 제거하고, 여기에 '인공관절'을 삽입하여 관절의 전부 또는 일부를 치환하여 줌으로써 원래의 관절기능을 회복시켜주는 수술을 말합니다.
- ③ 제1항의 '인공관절(견관절, 고관절)치환 수술' 및 제2항의 '인공관절(슬관절)치환 수술'에서 관절을 성형하는 수술 및 처치 또는 인공관절이 아닌 금속내고정술, 외고정술 등은 모두 보장에서 제외합니다.

제 5 조 '관절염'의 정의 및 진단 확정

- ① 이 특약에 있어서 '관절염'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 관절염 분류표(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② '관절염'의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제 6 조 '백내장'의 정의 및 진단 확정

- ① 이 특약에 있어서 '백내장'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 백내장 분류표(별표 4 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② '백내장'의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제 7 조 '녹내장'의 정의 및 진단 확정

- ① 이 특약에 있어서 '녹내장'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 녹내장 분류표(별표 5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② '녹내장'의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제 8 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021. 1. 1 시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 9 조 보험금의 지급사유

- ① 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 수술자금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.
 1. 보험기간 중 피보험자가 '인공관절(견관절, 고관절)치환 수술'을 받은 경우(1회당 지급하며, 연간 1회를 한도로 함) : 인공관절(견관절, 고관절)치환 수술자금
 2. 보험기간 중 피보험자가 '인공관절(슬관절)치환 수술'을 받은 경우(1회당 지급하며, 연간 1회를 한도로 함) : 인공관절(슬관절)치환 수술자금
 3. 보험기간 중 피보험자가 '관절염'으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우(1회당 지급하며, 연간 1회를 한도로 함) : 관절염 수술자금
 4. 보험기간 중 피보험자가 '백내장'으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우(1회당) : 백내장 수술자금
 5. 보험기간 중 피보험자가 '녹내장'으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우(1회당) : 녹내장 수술자금
- ② 제1항 제4호 및 제5호에도 불구하고 동일한 치료 목적을 위하여 일련의 수술을 받은 경우는 해당 항목의 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술자금을 지급합니다.

제 10 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제17조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 최초계약의 경우 계약일부터 1년 미만의 기간에 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 '계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급되는 보험금'의 50%를 지급합

니다. 다만, 제9조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 및 제2호의 경우 재해로 인한 수술은 감액하여 지급하지 않습니다.

④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 경우 계약체결 후 1년 미만의 보험금 감액과 관련된 사항은 적용하지 않습니다.

⑤ 제9조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 경우 연간 1회를 한도로 하여 해당 수술자금을 지급하여 드립니다. 이 때 제9조(보험금의 지급사유) 제1호의 인공관절(견관절)치환 수술과 인공관절(고관절)치환 수술은 합산하여 연간 1회 한도를 적용합니다. 다만, '연간'이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

⑥ 보험기간 중 이 특약의 피보험자가 '관절염'으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 '인공관절(견관절, 고관절)치환 수술' 또는 '인공관절(슬관절)치환 수술'을 받았을 경우 관절염 수술자금과 인공관절(견관절, 고관절)치환 수술자금 또는 인공관절(슬관절)치환 수술자금을 중복하여 지급합니다.

⑦ 제9조(보험금의 지급사유) 제1항 제3호 내지 제5호에도 불구하고 시각기 관련 '레이저(Laser)에 의한 안구 수술' 또는 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 등은 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술자금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

⑧ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제9조(보험금의 지급사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 11 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 12 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(수술확인서, 사망진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 책임준비금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
 2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
 3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서
- ③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 13 조 보험금 등의 지급절차

- ① 회사는 제12조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 14 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제9조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제23조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 15 조 특약의 무효

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 16 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약

의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제26조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 17 조 특약의 갱신

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약 해당일 이후인 경우에는 100세 계약 해당일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
3. 제19조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우

④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 18 조 특약의 보험기간

① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일로부터 제17조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 3년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 19 조 특약의 소멸

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

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우

② 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

④ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제12조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제13조(보험금 등

의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 20 조 특약의 보장개시

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 21 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 22 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제26조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 23 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금

이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 24 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제26조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 24 조의 2 위법계약의 해지

① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제26조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 25 조 중대사유로 인한 해지

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제26조(해지환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 26 조 해지환급금

① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제24조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 27 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
		1년미만	1회당 100만원
인공관절(건관절, 고관절) 치환 수술자금	보험기간 중 피보험자가 '인공관절(건관절, 고관절)치환 수술'을 받았을 경우(연간 1회를 한도로 함)	1년이상	1회당 200만원
		1년미만	1회당 100만원
인공관절(슬관절) 치환 수술자금	보험기간 중 피보험자가 '인공관절(슬관절) 치환 수술'을 받았을 경우(연간 1회를 한도로 함)	1년이상	1회당 200만원
		1년미만	1회당 100만원
관절염 수술자금	보험기간 중 피보험자가 '관절염'으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 수술 받았을 경우(연간 1회를 한도로 함)	1년이상	1회당 60만원
		1년미만	1회당 30만원
백내장 수술자금	보험기간 중 피보험자가 '백내장'으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 수술 받았을 경우	1년이상	1회당 40만원
		1년미만	1회당 20만원
녹내장 수술자금	보험기간 중 피보험자가 '녹내장'으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 수술 받았을 경우	1년이상	1회당 200만원
		1년미만	1회당 100만원

- 주) 1. 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1명과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 주1)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제17조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약체결 후 1년 미만의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.
4. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 인공관절(건관절, 고관절)치환 수술자금 및 인공관절(슬관절)치환 수술자금의 계약체결 후 1년 미만의 보험금 감액과 관련된 사항은 재해로 인한 수술의 경우에는 적용하지 않습니다.
5. '인공관절(건관절, 고관절)치환 수술'이라 함은 의사에 의하여 피보험자에게 '인공관절(건관절, 고관절)치환 수술'이 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 수술을 받는 경우를 말합니다.
6. '인공관절(슬관절)치환 수술'이라 함은 의사에 의하여 피보험자에게 '인공관절(슬관절)치환 수술'이 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 수술을 받는 경우를 말합니다.
7. 인공관절(건관절, 고관절)치환 수술자금, 인공관절(슬관절)치환 수술자금 및 관절염 수술자금의 경우 연간 1회를 한도로 하여 해당 수술자금을 지급하여 드립니다. 이 때 인공관절(건관절)치환 수술과 인공관절(고관절)치환 수술은 합산하여 연간 1회 한도를 적용합니다. 다만, '연간'이란 계약일

부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

8. 보험기간 중 이 특약의 피보험자가 '관절염'으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 '인공관절(견관절, 고관절)치환 수술' 또는 '인공관절(슬관절)치환 수술'을 받았을 경우 관절염 수술자금과 인공관절(견관절, 고관절)치환 수술자금 또는 인공관절(슬관절)치환 수술자금을 중복하여 지급합니다.
9. 관절염 수술자금, 백내장 수술자금 및 녹내장 수술자금의 경우 시각기 관련 '레이저(Laser)에 의한 안구 수술' 또는 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 등은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술자금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
10. 백내장 수술자금, 녹내장 수술자금의 경우 동일한 치료 목적을 위하여 일련의 수술을 받은 경우는 해당 항목의 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술자금을 지급합니다
11. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제13조 제2항 및 제26조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
수술자금 (제9조) 사망 당시의 책임준비금 (제19조 제4항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제26조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과 기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

관절염 분류표

이 약관에서 규정하는 '관절염'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
감염성 관절병증 [M01.1* : 결핵관절염(A18.01†)] 제외	M00~M03 (M01.1* 제외)
염증성 다발관절병증 [M14.2* : 당뇨병성 관절병증] 제외	M05~M14 (M14.2* 제외)
관절증	M15~M19
기타 관절장애	M20~M25
[J99.0* : 류마티스페질환(M05.1†)]	J99.0*

- ※ 다만, 레이저(Laser) 수술 또는 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 등은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술자금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
- ※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

【 별표 4 】

백내장 분류표

이 약관에서 규정하는 '백내장'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
노년백내장	H25
기타 백내장	H26
수정체의 기타 장애	H27
달리 분류된 기타 질환에서의 백내장	H28.2

- ※ 다만, 레이저(Laser) 수술 또는 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 등은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술자금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
- ※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

【 별표 5 】

녹내장 분류표

이 약관에서 규정하는 '녹내장'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
녹내장	H40
달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42*

- ※ 다만, 레이저(Laser) 수술 또는 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 등은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술자금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
- ※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

【 별표 6 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

신장질환보장특약(갱신형)(T2.2) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 5 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 6 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 이 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제11조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제14조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '중기 이상 만성신부전증'의 정의 및 진단 확정

- ① 이 특약에 있어서 '중기 이상 만성신부전증'이라 함은 '중기 이상 만성신부전증'의 정의(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 중기 이상 만성신부전증의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(한의사, 치과의사 제외)의 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제 4 조 '말기신부전증'의 정의 및 진단 확정

- ① 이 특약에 있어서 '말기신부전증'이라 함은 '말기신부전증'의 정의(별표 4 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 말기신부전증의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(한의사, 치과의사 제외)의 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제 5 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 6 조 보험금의 지급사유

이 특약은 다음 제1호 및 제2호에 해당하는 총 2개의 세부보장(이하 '세부보장'이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 '중기 이상 만성신부전증'으로 진단이 확정된 경우(최초 1회한)
: 중기 이상 만성신부전증 진단자금 지급
 2. 피보험자가 보험기간 중 '말기신부전증'으로 진단이 확정된 경우(최초 1회한)
: 말기신부전증 진단자금 지급
- ※ 갱신계약의 경우 보험금은 각 세부보장이 갱신된 경우에 한하여 보장합니다.

제 7 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 5 참조) 중 동일한 재해 또는

재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 피보험자에게 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단자금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금의 지급사유에 해당하는 각 지급금액을 더하여 지급합니다. 다만, 각각 최초 1회에 한하여 지급되므로 보험기간 중 이미 지급한 중기 이상 만성신부전증 진단자금, 말기신부전증 진단자금은 다시 지급하지 않습니다.

【진단자금 지급 예시】

구분	중기 이상 만성신부전증 (말기신부전증 제외)	말기신부전증
중기 이상 만성신부전증 진단자금	지급	지급
말기신부전증 진단자금	해당없음	지급

예1) '중기 이상 만성신부전증(말기신부전증 제외)'으로 최초 진단 확정된 경우

→ 중기 이상 만성신부전증 진단자금 지급

예2) '말기신부전증'으로 최초 진단 확정된 경우

→ 중기 이상 만성신부전증 진단자금 및 말기신부전증 진단자금 지급

예3) '중기 이상 만성신부전증(말기신부전증 제외)'으로 진단 확정 받고 그 후 '말기신부전증'으로 진단 확정된 경우

→ '중기 이상 만성신부전증(말기신부전증 제외)' 진단 확정시 중기 이상 만성신부전증 진단자금을 지급받고, 그 후 '말기신부전증' 진단 확정시 말기신부전증 진단자금을 지급

⑤ 이 특약의 보험기간 중 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 또는 제2호의 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다.

⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 그 후에 '중기 이상 만성신부전증' 또는 '말기신부전증'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제2호에 따라 진단자금을 지급합니다. 그러나 보장개시일의 전일 이전에 '중기 이상 만성신부전증' 또는 '말기신부전증'으로 진단이 확정된 경우에는 진단자금을 지급하지 않습니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 제16조(특약의 소멸) 제5항에 따라 사망 당시의 책임준비금이 지급된 경우에는 해당 세부보장의 진단자금에서 이미 지급된 사망 당시의 책임준비금(해당 세부보장의 책임준비금을 말합니다)을 차감하여 지급합니다.

⑧ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 5 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된

장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

- ⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 5 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑫ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.
- ⑬ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 5 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만 장해분류표(별표 5 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
- ⑭ 제1항 및 제13항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.
- ⑮ 장해분류표(별표 5 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 5 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
- ⑯ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

- 1. 청구서(회사양식)
- 2. 사고증명서(진단서(병명기입), 사망진단서, 장해진단서 등)
- 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 책임준비금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 10 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 및 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 이 특약을 최초 가입할 때 계약자는 모든 세부보장을 가입하여야 합니다.

③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제6조(보험금의 지급사유) 및 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제20조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 12 조 특약의 무효

① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 13 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 각 세부보장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액하며, 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 14 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 - 1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
 - 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 - 3. 제16조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 제1항에도 불구하고, 이 특약을 갱신하는 경우 세부보장은 동시에 갱신하여야 합니다.
- ⑧ 제1항 및 제7항에도 불구하고, 이 특약의 보험기간 중 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 또는 제2호의 보험금이 지급된 세부보장은 갱신되지 않으며, 나머지 세부보장에 대해서는 제1항 내지 제6항을 적용합니다.

제 15 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제14조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년(최초계약의 보험기간이 20년인 경우에는 20년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 16 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 - 2. 피보험자가 사망한 경우
 - 3. 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 또는 제2호의 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 때부터 효력이 없습니다.

- ③ 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ⑤ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑥ 제5항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제10조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 17 조 특약의 보장개시

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 18 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ③ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제16조(특약의 소멸) 제2항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후의 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다. 다만, 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제 19 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편

등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 20 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

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

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

③ 제1항에도 불구하고 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 21 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하는 경우 모든 세부보장에 대하여 동시에 해지하여야 합니다.

제 21 조의 2 위법계약의 해지

① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 22 조 중대사유로 인한 해지

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 23 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제21조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적용한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 24 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(1) 중기 이상 만성신부전증 진단자금

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
중기 이상 만성신부전증 진단자금	보험기간 중 피보험자가 '중기 이상 만성신부전증'으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	1,000만원

(2) 말기신부전증 진단자금

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
말기신부전증 진단자금	보험기간 중 피보험자가 '말기신부전증'으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	1,000만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 5 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다.) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 주1) 및 주2)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. '중기 이상 만성신부전증'이라 함은 '중기 이상 만성신부전증'의 정의(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
5. '말기신부전증'이라 함은 '말기신부전증'의 정의(별표 4 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
6. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
중기 이상 만성신부전증 진단자금 및 말기신부전 증 진단자금 (제6조), 사망 당시의 책임준비금 (제16조 제5항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기 간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

‘중기 이상 만성신부전증’의 정의

- ① ‘중기 이상 만성신부전증’이라 함은 사구체 여과율이 30ml/min/1.73m^2 미만이면서 이 상태가 90일 이상 지속된 경우를 의미합니다.
- ② ‘중기 이상 만성신부전증’의 진단 확정은 신장 초음파 검사에서 신장의 크기 및 요로 폐쇄 징후 등을 확인한 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 기록 결과를 기초로 하여 내려집니다.

【 별표 4 】

‘말기신부전증(End Stage Renal Disease)’의 정의

‘말기신부전증’이라 함은 양쪽 신장 모두가 만성적으로 비가역적인 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease)으로서, 보존요법으로는 치료가 불가능하여 현재 혈액투석이나 복막투석을 받고 있거나 받는 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 제외합니다.

【 별표 5 】 장애분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 6 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

암직접치료통원특약(갱신형)(T3.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제10조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 특성은 다음과 같습니다.

[본인형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

[배우자형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결 시 주계약 피보험자의 가족 관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다)로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결 시 주계약 주피보험자의 배우자로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우에는 제외합니다)에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제27조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

(4) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

(5) '(3)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해: 별표 6 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

나. 장해: 별표 7 '장해분류표'에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

라. 암보장개시일: 제3조(암 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암' 및 같은 조 제3항에서 정한 '갑상선암'에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제15조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 암 등의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외]'(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물), 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물), 제4조(대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암' 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 암, 기타피부암 및 갑상선암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 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 때(암이 전신으로 전이되어 조직검사가 불가능한 경우나 피보험자가 사망한 경우 등을 말합니다)에는 피보험자가 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제 4 조 대장점막내암의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.
- ② 대장점막내암의 진단확정은 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때(암이 전신으로 전이되어 조직검사가 불가능한 경우나 피보험자가 사망한 경우 등을 말합니다)에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다.

제 5 조 제자리암의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 '제자리암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)'(별표 4 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제4조(대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 제외합니다.
- ② 제자리암의 진단확정은 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 6 조 경계성종양의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 '경계성종양'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'(별표 5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 경계성종양의 진단확정은 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 7 조 통원의 정의와 장소

이 특약에 있어서 '통원'이라 함은 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)의 규정에 의한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양으로 인한 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서, 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 8 조 '암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료'의 정의

- ① '암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료'(이하 '암 등의 직접적인 치료'라 합니다)라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 '암의 제거 및 증식 억제 치료'라 합니다)를 말합니다.
- ② '암 등의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는

수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ '암 등의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암 등의 직접적인 치료'로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. '암의 제거 및 증식 억제 치료'를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. '암의 제거 및 증식 억제 치료'를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제 9 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 10 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암 또는 갑상선암은 암보장개시일) 이후에 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 통원치료를 받았을 경우에는 보험수익자에게 '암직접치료통원자금'(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 11 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표(별표 7 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입

면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제18조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 7 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 7 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 7 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 7 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제1항 및 제9항의 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑪ 장해분류표(별표 7 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 7 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제10조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 12 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 13 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 통원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령, 책임준비금 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 14 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제13조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금의 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 15 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.

③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제10조(보험금의 지급사유) 및 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제24조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 16 조 특약의 무효

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

2. 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(암 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암' 또는 같은 조 제3항에서 정한 '갑상선암'으로 진단이 확정된 경우

② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우

2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 17 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제27조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액 시 해지환급금 등은 최초가입 시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 18 조 특약의 갱신

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 다음과 같이 정합니다.

[본인형]

최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 80세 계약 해당일 이후인 경우에는 80세 계약 해당일로 합니다.

[배우자형]

최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 80세 계약 해당일 이후인 경우에는 80세 계약 해당일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우

2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우

3. 제20조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우

④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문

서 등으로 안내하여 드립니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 19 조 특약의 보험기간

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일로부터 제18조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 20 조 특약의 소멸

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

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우

2. 피보험자가 사망한 경우

② 제 1 항 제 2 호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [본인형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [배우자형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

⑤ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

⑥ 제5항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제13조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제14조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 21 조 특약의 보장개시

① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 제3조(암 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암' 또는 같은 조 제3항에서 정한 '갑상선암'에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 '라'목의 '암보장개시일'로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

② 갱신계약의 경우는 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일 및 암보장개시일로 합니다.

제 22 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

③ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 23 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제27조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 24 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 암보장개시일은 제21조(특약의 보장개시)에도 불구하고 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 25 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제27조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 25 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1

년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제27조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 26 조 중대사유로 인한 해지

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우

2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제27조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 27 조 해지환급금

① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제25조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 28 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
암직접치료 통원자금	보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암 또는 갑상선암은 암보장개시일) 이후에 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 통원치료를 받았을 경우	1회당 2만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 7 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 주1) 및 주2)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제18조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.
5. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
6. '대장점막내암'(제4조(대장점막내암의 정의 및 진단확정) 참조)은 '제자리암'(제5조(제자리암의 정의 및 진단확정) 참조)에 포함되지 않습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제14조 제2항 및 제27조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
암직접치료통원자금 (제10조), 사망 당시의 책임준비금 (제20조 제5항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제27조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일 까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과 기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산 시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외]

이 약관에서 규정하는 악성 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 ~ C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45 ~ C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51 ~ C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60 ~ C63
10. 요로의 악성 신생물	C64 ~ C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76 ~ C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81 ~ C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

※ '소화기관의 악성 신생물(C15~C26)'의 경우 제4조(대장점막내암의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '대장 점막내암'은 제외합니다.

【 별표 4 】

제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

이 약관에서 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
제자리흑색종	D03
피부의 제자리암종	D04
유방의 제자리암종	D05
자궁경부의 제자리암종	D06
기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

- ※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ※ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제4조(대장점막내암의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '대장점막내암'은 제외됩니다.

【 별표 5 】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

이 약관에서 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 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. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물 (만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 제외)	D47 (단, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5는 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

- ※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

【 별표 6 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 7 】 장해분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

암진단특약(갱신형)(K10.3) 무배당[본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제8조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약 : 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 특성은 다음과 같습니다.

[본인형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

[배우자형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다)로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 주피보험자의 배우자로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우에는 제외합니다)에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 지급합니다.

(4) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

(5) '(3)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

2. 지급사유 관련 용어

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

나. 암보장개시일: 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암' 및 제6항에서 정한 '초기 이외의 갑상선암'에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제13조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제16조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '암' 등의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외](별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물), 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물), 제4조('대장점막내암'의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '대장점막내암' 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 '유방암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에 있어서 '초기갑상선암'이라 함은 제4항에서 정한 '갑상선암'에 해당하는 질병 중에서 유두암(papillary cancer) 또는 여포암(follicular cancer)이고, 암 종괴의 크기가 2.0cm미만으로서 림프절 전이나 원격전이가 없는 모든 갑상선암을 말합니다.

⑥ 이 특약에 있어서 '초기 이외의 갑상선암'이라 함은 제4항에서 정한 '갑상선암'에 해당하는 질병 중, 제5항에서 정한 '초기갑상선암'을 제외한 암을 말합니다.

⑦ 제1항 내지 제6항에서 정한 암 등의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 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 때(암이 전신으로 전이되어 조직검사가 불가능하거나 피보험자가 사망한 경우 등을 말합니다)에는 피보험자가 제1항 내지 제6항에서 정한 암 등으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로

진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제 4 조 '대장점막내암'의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

② 대장점막내암의 진단 확정은 병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때(암이 전신으로 전이되어 조직검사가 불가능한 경우나 피보험자가 사망한 경우 등을 말합니다)에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다.

제 5 조 '제자리암'의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '제자리암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)(별표 4 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제4조('대장점막내암'의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '대장점막내암'은 제외합니다.

② 제자리암의 진단 확정은 병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 6 조 '경계성종양'의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '경계성종양'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(별표 5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성종양의 진단 확정은 병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 7 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 8 조 보험금의 지급사유

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일(‘암’ 및 ‘초기 이외의 갑상선암’은 암보장개시일) 이후에 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 ‘암’ 또는 ‘초기 이외의 갑상선암’으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한) : 암진단자금
2. 보험기간 중 피보험자가 기타피부암, 초기갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되었을 경우(해당 질병에 대하여 각각 최초 1회한) : 진단자금

제 9 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1명과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제16조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 최초계약의 경우 계약일부터 1년 미만에 암 또는 초기 이외의 갑상선암, 기타피부암, 초기갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 보험금 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 암진단자금 또는 진단자금의 50%를 지급합니다. 다만, 계약일부터 180일 이내 유방암 발생시 계약일부터 1년 이후 유방암 발생시 지급하는 암진단자금의 10%를 지급합니다.
- ④ 갱신계약의 경우 계약체결 후 1년 미만의 보험금 감액(180일 이내 유방암 발생시 감액 포함)과 관련된 사항은 적용하지 않습니다.
- ⑤ 제8조(보험금의 지급사유)에서 보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암 및 초기 이외의 갑상선암은 암보장개시일) 이후에 사망하고, 그 후에 암 또는 초기 이외의 갑상선암, 기타피부암, 초기갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제8조(보험금의 지급사유)의 암진단자금 또는 진단자금을 지급합니다. 그러나, 보장개시일(암 및 초기 이외의 갑상선암은 암보장개시일)의 전일 이전에 암 또는 초기 이외의 갑상선암, 기타피부암, 초기갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정된 경우에는 암진단자금 또는 진단자금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 갱신계약에서 기타피부암, 초기갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인하여 피보험자에게 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 진단자금이 지급된 기타피부암, 초기갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양과 동일한 경우(이미 ‘진단자금’이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다)에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단 확정되어 보험금이 지급된 기타피부암, 초기갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제8조(보험금의 지급사유)에 따라 보장하여 드립니다. ‘보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안’에는 계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.
- ⑧ 제7항의 ‘보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가

발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제22조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 제7항의 '보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일'은 부활(효력회복)을 청약한 날로 적용합니다.

⑩ 보험수익자와 회사가 제8조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 10 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 11 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진단확인서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본

2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장

3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 12 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제11조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 13 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.

- ③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제8조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제22조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 14 조 특약의 무효

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
 - 1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
 - 2. 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암' 또는 제6항에서 정한 '초기 이외의 갑상선암'으로 진단이 확정된 경우
- ② 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 - 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 - 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 15 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제25조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금 등은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 16 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 다음과 같습니다.

[본인형]

최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

[배우자형]

최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 3. 피보험자에게 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우(다만, 기타피부암, 초기갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양 제외)
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 17 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일로부터 제16조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 3년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 18 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 피보험자가 사망한 경우
 3. 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
- ② 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목[본인형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ③ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목[배우자형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 19 조 특약의 보장개시

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암' 및 제6항에서 정한 '초기 이외의 갑상선암'에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 '나'목의 암보장개시일로하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

② 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일 및 암보장개시일로 합니다.

제 20 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 21 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제25조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 22 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 제19조(특약의 보장개시)에도 불구하고 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 23 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제25조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 23 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제25조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 24 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제25조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 25 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제23조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 26 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합

니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과 기간	지급금액
암진단자금	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 암 또는 초기 이외의 갑상선암으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	1년 미만	500만원 ※유방암의 경우 180일 이내 지급사유 발생시 100만원
		1년 이상	1,000만원
진단자금	보험기간 중 피보험자가 기타피부암으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	1년 미만	150만원
		1년 이상	300만원
	보험기간 중 피보험자가 초기갑상선암으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	1년 미만	150만원
		1년 이상	300만원
	보험기간 중 피보험자가 대장점막내암으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	1년 미만	150만원
		1년 이상	300만원
	보험기간 중 피보험자가 제자리암으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	1년 미만	150만원
		1년 이상	300만원
	보험기간 중 피보험자가 경계성종양으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	1년 미만	150만원
		1년 이상	300만원

- 주) 1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약체결 후 1년 미만의 보험금 감액(180일 이내 유방암 발생 시 감액 포함)과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
2. 지급금액의 경과기간은 보험계약일부터 진단 확정일까지의 경과기간입니다.
3. 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1명과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
4. 주3)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제16조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
5. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
6. 암으로 분류되는 질병에서 유방암은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 의해 분류번호 C50(유방의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.
7. '대장점막내암'(제4조('대장점막내암'의 정의 및 진단 확정) 참조)은 '제자리암'(제5조('제자리암'의 정의 및 진단 확정) 참조)에 포함되지 않습니다.
8. 갱신계약에서 기타피부암, 초기갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인하여 피보험자에게 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 진단자금이 지급된 기타피부암, 초기갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양과 동일한 경우(이미 '진단자금'이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다)에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항 및 제25조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
암진단자금, 진단자금 (제8조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제25조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과 기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외]

이 약관에서 규정하는 악성 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 ~ C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45 ~ C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51 ~ C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60 ~ C63
10. 요로의 악성 신생물	C64 ~ C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76 ~ C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81 ~ C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

※ '소화기관의 악성 신생물(C15~C26)'의 경우 제4조(대장점막내암의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '대장 점막내암'은 제외합니다.

【 별표 4 】

제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

이 약관에서 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
제자리흑색종	D03
피부의 제자리암종	D04
유방의 제자리암종	D05
자궁경부의 제자리암종	D06
기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

- ※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ※ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제 4 조(대장점막내암의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '대장점막내암'은 제외됩니다

【 별표 5 】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

이 약관에서 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 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. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물 (만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유 증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 제외)	D47 (단, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5는 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

응급실내원특약(갱신형)(T5.2) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, '(1)' 내지 '(2)'에서 정한 자 중 요건을 만족하는 1인으로 합니다.

(1) 주계약의 피보험자

(2) 주계약 피보험자의 가족관계등록부 또는 주민등록상 자녀(직계비속 포함)

2. 지급사유 관련 용어

중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았다라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날을 제외합니다.

· 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제12조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제15조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '응급실'의 정의와 장소

이 특약에 있어서 '응급실'이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급의료시설을 말합니다(이하 '응급실'이라 합니다).

제 4 조 '응급환자 응급실 내원 진료비 대상자' 및 '비응급환자 응급실 내원 진료비 대상자'의 정의

- ① 이 특약에 있어서 '응급환자 응급실 내원 진료비 대상자'라 함은 응급환자에 해당되어 응급실에 내원하여 진료를 받은 자를 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 '비응급환자 응급실 내원 진료비 대상자'라 함은 응급환자에 해당되지 않으나 질병 및 재해분류표(별표 3 참조)에서 정하는 질병 또는 재해로 인하여 응급실에 내원하여 진료를 받은 자를 말합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에서 정한 '응급환자'라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)에서 정하는 자로서 '응급증상 및 이에 준하는 증상'(별표 4 '응급증상 및 이에 준하는 증상' 참조) 또는 '응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자(응급의료에 관한 법률 제2조 제4호 참조)가 판단하는 증상'이 있는 자를 말합니다.

제 5 조 법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경

- ① 제3조('응급실'의 정의와 장소)의 '응급실'의 정의와 장소 및 제4조('응급환자 응급실 내원 진료비 대상자' 및 '비응급환자 응급실 내원 진료비 대상자'의 정의)의 '응급환자'의 정의가 응급의료에 관한 법률 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 하나에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 '응급실' 및 '응급환자' 제도가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 '응급실' 제도의 변경으로 제3조('응급실'의 정의와 장소)의 '응급실' 판정이 불가능한 경우
 3. 법령의 개정에 따라 '응급환자' 제도의 변경으로 제4조('응급환자 응급실 내원 진료비 대상자' 및 '비응급환자 응급실 내원 진료비 대상자'의 정의)의 '응급환자' 판정이 불가능한 경우
 4. 제1호 내지 제3호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성 녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 및 보험료 변경내역 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않는 경우 특약내용 변경일 전일까지 특약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 '보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)'에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경일 전일까지 특약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 납입보험료, 보험가입금액 등이 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특약의 효력이 소멸되는 날(이하 '효력소멸일'이라 합니다)의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 책임준비금을 지급합니다.

⑧ 갱신계약의 경우에도 제1항 내지 제7항의 규정을 준용합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 6 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 7 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 각 호 중 어느 하나의 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 '응급환자 응급실 내원 진료비 대상자'에 해당하였을 경우(내원 1회당) :
응급환자응급실내원진료비
2. 피보험자가 보험기간 중 '비응급환자 응급실 내원 진료비 대상자'에 해당하였을 경우(내원 1회당) :
비응급환자응급실내원진료비

제 8 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제15조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 9 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

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

제 10 조 보험금 등의 청구

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 책임준비금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 응급실기록지 사본 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 책임준비금 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.
 1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
 2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
 3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서
- ③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 11 조 보험금 등의 지급절차

- ① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자 메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급합니다. 다만, 보험금 또는 책임준비금 지급 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 12 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입

최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제21조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 13 조 특약의 무효

① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

② 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우

2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 14 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경 할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 15 조 특약의 갱신

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약 해당일 이후인 경우에는 100세 계약 해당일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우

2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우

3. 제17조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우

④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 16 조 특약의 보험기간

① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일로부터 제15조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 3년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 17 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우

② 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 '(1)'에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

③ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 '(2)'에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

⑥ 제5항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제11조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 18 조 특약의 보장개시

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 19 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

③ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 20 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 21 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에만 하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 22 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 특약 체결시 피보험자가 태아(胎兒)이며, 출생예정일(특약 체결시 청약서에 기재된 출생예정일 또는 임신 주수를 기준으로 계산된 출생예정일을 말합니다) 이후부터 태아가 출생하기 전에 계약을 해지하는 경우에는 출생예정일 이후에 납입한 보험료를 계약자에게 지급하여 드립니다.
- ④ 보험료 납입이 면제된 경우, 제3항의 '출생예정일 이후에 납입한 보험료'는 출생예정일 이후에 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ⑤ 제3항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제 22 조 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일로부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제24조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 23 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 24 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제22조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 25 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

금부명칭	지급사유	지급금액
응급환자 응급실내원 진료비	피보험자가 보험기간 중 '응급환자 응급실 내원 진료 비 대상자'에 해당하였을 경우	(내원 1회당) 2만원
비응급환자 응급실내원 진료비	피보험자가 보험기간 중 '비응급환자 응급실 내원 진료비 대상자'에 해당하였을 경우	(내원 1회당) 2만원

- 주) 1. 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 주1)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제15조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. '응급환자 응급실 내원 진료비 대상자'라 함은 응급환자에 해당되어 응급실에 내원하여 진료를 받은 자를 말합니다.
4. '비응급실 내원 진료비 대상자'라 함은 응급환자에 해당되지 않으나 질병 및 재해분류표(별표 3 참조)에서 정하는 질병 또는 재해로 인하여 응급실에 내원하여 진료를 받은 자를 말합니다.
5. 주3) 및 주4)에서 정한 '응급환자'라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)에서 정하는 자로서 '응급증상 및 이에 준하는 증상'(별표 4 '응급 증상 및 이에 준하는 증상' 참조) 또는 '응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자(응급의료에 관한 법률 제2조 제4호 참조)가 판단하는 증상'이 있는 자를 말합니다.
6. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제24조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
응급환자응급실내원진료비, 비응급환자응급실내원진료비 (제7조) 사망당시의 책임준비금 (제17조 제5항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제24조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

질병 및 재해분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동 장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 질병 및 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용합니다

【 별표 4 】

응급증상 및 이에 준하는 증상

1. 응급증상

- 가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
- 나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
- 다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
- 라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 증상, 다발성 외상
- 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
- 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
- 사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
- 아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
- 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애

2. 응급증상에 준하는 증상

- 가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
- 나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
- 다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
- 라. 출혈 : 혈관손상
- 마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
- 바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
- 사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

장기요양간병자금특약(중등도이상)(갱신형)(T1.1) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해: 별표 3 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

나. 장애: 별표 4 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

라. 장기요양보장개시일: 제3조('중등도이상 장기요양상태'의 정의)에서 정한 '중등도이상 장기요양 상태'에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 하며, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 말합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 '중등도이상 장기요양상태'로 판정받았을 경우에는 최초계약의 경우 보험계약일, 갱신계약의 경우 갱신일, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일을 장기요양보장개시일로 합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제13조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '중등도이상 장기요양상태'의 정의

이 특약에 있어서 '중등도이상 장기요양상태'라 함은 「만65세 이상 노인」 또는 「노인성 질병을 가진 만 65세 미만의 자」로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요하다고 판단되어 노인장기요양보험법에 따라 등급판정위원회에서 장기요양 1등급, 장기요양 2등급 또는 장기요양 3등급으로 판정받은 경우를 말합니다.

【노인성 질병】

치매·뇌혈관성질환 등 대통령령(노인장기요양보험법 시행령 제2조 및 동시행령 [별표1] '노인성 질병의 종류' 참조)으로 정하는 질병을 말합니다.

제 4 조 '매년 중등도이상 장기요양상태 발생해당일', '매월 중등도이상 장기요양상태 발생해당일'의 정의

① 이 특약에 있어서 '매년 중등도이상 장기요양상태 발생해당일'이라 함은 제2조(용어의 정의) 제2호 '라'목에서 정한 장기요양보장개시일 이후에 최초로 제3조('중등도이상 장기요양상태'의 정의)에서 정한 '중등도이상 장기요양상태'로 판정받은 날(이하 '중등도이상 장기요양상태 발생일'이라 합니다) 및 그 이후부터 1년씩 경과되는 매년의 '중등도이상 장기요양상태 발생일'에 해당되는 날을 말합니다. 다만, 해당 연도의 '중등도이상 장기요양상태 발생일'에 해당되는 날이 없는 경우에는 해당월의 말일을 '매년 중등도이상 장기요양상태 발생해당일'로 합니다.

② 이 특약에 있어서 '매월 중등도이상 장기요양상태 발생해당일'이라 함은 '중등도이상 장기요양상태 발생일'에 해당되는 날 및 그 이후부터 한 달씩 경과되는 매월의 '중등도이상 장기요양상태 발생일'에 해당되는 날을 말합니다. 다만, 해당 월의 '중등도이상 장기요양상태 발생일'에 해당되는 날이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 '매월 중등도이상 장기요양상태 발생해당일'로 합니다.

【제4조 제1항 및 제2항의 예시】

· 최초 계약일이 2021년 4월 1일이고, 2021년 8월 31일에 최초로 '중등도이상 장기요양상태'로 판정받았을 경우

☞ 중등도이상 장기요양상태 발생일 : 2021년 8월 31일

☞ 매년 중등도이상 장기요양상태 발생해당일

: 2021년 8월 31일, 2022년 8월 31일, 2023년 8월 31일, ...

☞ 매월 중등도이상 장기요양상태 발생해당일

: 2021년 8월 31일, 2021년 9월 30일, 2021년 10월 31일, ...

제 5 조 법령 등의 개정에 따른 계약 내용의 변경

① 제3조('중등도이상 장기요양상태'의 정의)에서 정한 '중등도이상 장기요양상태'의 판정기준이 「노인장기요양보험법」 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인

범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장 내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 장기요양등급 판정기준이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장기요양등급 판정기준이 변경되어 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우

【장기요양등급 판정기준이 변경되는 경우 예시】

관련 법령상 「장기요양상태 등급별 장기요양인정점수 기준이 변경되는 경우」 또는 「장기요양등급 판정기준이 현행 1~5등급에서 변경되는 경우」 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 및 보험료 변경내역 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않을 경우 특약내용 변경일 전일까지 특약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경일 전일까지 특약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 납입보험료, 보험가입금액 등이 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특약의 효력이 소멸되는 날(이하 '효력소멸일'이라 합니다)의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 책임준비금을 지급합니다.
- ⑧ 갱신계약의 경우에도 제1항 내지 제7항의 규정을 준용합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 6 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지

않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 7 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 장기요양보장개시일 이후에 '중등도이상 장기요양상태'로 판정받고 '매년 중등도이상 장기요양상태 발생해당일'에 생존한 경우 보험수익자에게 '매월 중등도이상 장기요양상태 발생해당일'에 중등도이상 장기요양상태 간병자금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. ('매년 중등도이상 장기요양상태 발생해당일'로부터 1년(12회) 확정지급하며, 15년(180회)을 최대한도로 지급)

※ 다만, 중등도이상 장기요양상태 간병자금은 최초 3년(36회) 보증지급하며 피보험자 사망시에도 보증지급기간까지 잔여분은 지급합니다.

제 8 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장기요양보장개시일 이후 최초로 제3조('중등도이상 장기요양상태'의 정의)에서 정한 '중등도이상 장기요양상태'로 판정받은 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제17조(특약의 갱신) 제1항 내지 제6항에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 제3항에 따라 보험료 납입이 면제된 경우에는 제17조(특약의 갱신) 제7항에 따라 이 특약은 갱신되지 않습니다.

⑤ 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등도이상 장기요양상태 간병자금은 '중등도이상 장기요양상태'로 판정받고 '매년 중등도이상 장기요양상태 발생해당일'에 살아있을 경우 '매년 중등도이상 장기요양상태 발생해당일'로부터 1년(12회)동안 '매월 중등도이상 장기요양상태 발생해당일'에 중등도이상 장기요양상태 간병자금을 확정지급합니다. 다만, 15년(180회)을 최대한도로 지급합니다.

⑥ 회사는 피보험자가 '중등도이상 장기요양상태'로 판정받은 날을 1회로 하여 36회까지 중등도이상 장기요양상태 간병자금을 보증지급(이하 '중등도이상 보증지급기간'이라 합니다)하며, 피보험자가 중등도이상 보증지급기간 중 사망한 경우에는 중등도이상 보증지급기간 이내에 지급받지 못한 잔여 중등도이상 장기요양상태 간병자금을 지급합니다.

⑦ 중등도이상 장기요양상태 간병자금 수령 중 보험기간이 종료되더라도 '매년 중등도이상 장기요양상태 발생해당일'에 피보험자가 살아있을 경우 중등도이상 장기요양상태 간병자금은 보험기간 만기와 관계없이 최대 180회까지 지급합니다. 다만, 해당월에 '중등도이상 장기요양상태 발생일'에 해당되는 날이 없는 경우 해당월의 말일을 '매월 중등도이상 장기요양상태 발생해당일'로 합니다.

⑧ 보험기간 중 피보험자가 장기요양보장개시일 이후에 '중등도이상 장기요양상태'로 판정되어 보험금의 지급사유가 발생하였으나, 보험금을 청구하지 않고 피보험자 사망 이후 보험금을 청구한 경우에도 중등도이상 장기요양상태 간병자금을 지급합니다. 다만, 제19조(특약의 소멸) 제4항에 따라 사망 당시의 책

임준비금이 지급된 경우에는 중등도이상 장기요양상태 간병자금에서 이미 지급된 사망 당시의 책임준비금을 차감하여 지급합니다.

⑨ 회사는 피보험자가 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등도이상 장기요양상태 간병자금을 지급하지 않습니다.

⑩ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑪ 제10항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 4 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑮ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 4 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 제1항 및 제15항의 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑰ 장해분류표(별표 4 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 4 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑱ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 9 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 10 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 장기요양인정서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령, 책임준비금 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관, 또는 노인장기요양보험법 제2조(정의)에서 규정한 장기요양기관에서 발급한 것이어야 합니다. 다만, 장기요양인정서는 노인장기요양보험법 시행규칙 별지 서식에 의해 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

④ 제3항에도 불구하고 계약자가 제28조(지정대리청구인의 지정)에서 정한 지정대리청구인을 지정한 경우 회사는 성년후견인이 보험금을 청구하도록 요구할 수 없습니다.

제 11 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금의 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제7조(보험금의 지급사유)의 중등도이상 장기요양상태 간병자금 중 제2회 이후의 중등도이상 장기요양상태 간병자금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 12 조 보험금 받는 방법의 변경

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 방법에 따라 제7조(보험금의 지급사유)에 따른 중등도이상 장기요양상태 간병자금(중등도이상 보증지급기간에 해당하는 금액 중 지급되지 않은 잔여 보증지급금액 또는 '매년 중등도이상 장기요양상태 발생해당일'에 생존하여 해당연도 중등도이상 장기요양상태 간병자금의 12개월 확정지급금액 중 미지급된 금액)의 전부 또는 일부에 대하여 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 '평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액'과 '산출이율을 연단위 복리로 할인한 금액' 중 큰 금액을 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 13 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

- ② 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제7조(보험금의 지급사유) 및 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제23조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 14 조 특약의 무효

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
 - 1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
 - 2. 피보험자가 제2조(용어의 정의)의 제2호 '라'목에서 정하는 장기요양보장개시일의 전일 이전에 제3조('중등도이상 장기요양상태'의 정의)에서 정한 '중등도이상 장기요양상태'로 판정받았을 경우
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 이 특약의 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 - 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 - 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 15 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 특약가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보아, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제26조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 특약가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 특약가입금액을 감액할 수 없습니다.

제 16 조 보험나이

- ① 이 특약에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제3조('중등도이상 장기요양상태'의 정의)의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

【매년 계약 해당일】

제2차년도 이후 매년의 계약일과 동일한 월, 일.
다만, 해당 월에 동일한 일이 없는 경우에는 해당 월의 말일

- ③ 청약서류상 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 사실과 다른 경우에는

신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2018년 4월 13일

⇒ 2018년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 29년 6월 11일 = 보험나이 30세

제 17 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약 해당일 이후인 경우에는 100세 계약 해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 3. 제19조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험기간 중 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에 이 특약은 더 이상 갱신되지 않습니다.

제 18 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제17조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 5년(최초계약의 보험기간이 10년인 경우에는 10년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.
- ③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제7조(보험금의 지급사유)의 중등도이상 장기요양상태 간병자금 지급사유가 발생한 경우 이 특약의 보험기간은 최종 중등도이상 장기요양상태 간병자금 지급사유 해당일까지로 합니다.

제 19 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 피보험자가 사망한 경우
 3. 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
- ② 제1항 제2호'사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더

이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 제7조(보험금의 지급사유)의 중등도이상 장기요양상태 간병자금을 지급받은 후 사망한 경우에는 책임준비금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제11조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 20 조 특약의 보장개시

① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 제3조(‘중등도이상 장기요양상태’의 정의)에서 정한 ‘중등도이상 장기요양상태’에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 ‘라’목의 장기요양보장개시일로하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

② 갱신계약의 경우 제2조(용어의 정의) 제5호 ‘라’목의 ‘갱신일’을 보장개시일 및 장기요양보장개시일로 합니다.

제 21 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 22 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제26조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 23 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 제20조(특약의 보장개시)에도 불구하고 제3조('중등도이상 장기요양상태'의 정의)에서 정한 '중등도이상 장기요양상태'에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 '라'목에서 정한 장기요양보장개시일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 24 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제26조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 중등도이상 장기요양상태 간병자금의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해지할 수 없습니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 24 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제26조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 25 조 중대사유로 인한 해지

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

는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제26조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 26 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제24조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 지정대리청구에 관한 사항

제 27 조 지정대리청구 적용대상

이 특약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제 28 조 지정대리청구인의 지정

- ① 계약자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하, '지정대리청구인'이라 합니다)을 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제29조(지정대리청구인의 변경 지정)에 따른 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에 따라 지정대리청구인을 지정하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 지정대리청구인 신청서(회사양식)
 2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
 3. 계약자의 신분증
- ③ 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제27조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제 29 조 지정대리청구인의 변경 지정

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 계약자의 신분증

제 30 조 지정대리청구인에 의한 보험금 지급의 절차

- ① 지정대리청구인은 제31조(지정대리청구인에 의한 보험금 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제27조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를

지급하지 않습니다.

제 31 조 지정대리청구인에 의한 보험금 청구

- ① 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(장기요양인정서 등)
 3. 지정대리청구인의 사진이 붙은 정부기관 발행 주민등록증이나 운전면허증 등
 4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
 5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서(장기요양인정서)는 노인장기요양보험법 시행규칙 별지 서식에 의해 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 관 기타사항 등

제 32 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
중등도이상 장기요양상태 간병자금	보험기간 중 피보험자가 장기요양 보장개시일 이후에 '중등도이상 장 기요양상태'로 판정받고 '매년 중등 도이상 장기요양상태 발생해당일' 에 생존한 경우	'매월 중등도이상 장기요양상태 발 생해당일'에 30만원 (‘매년 중등도이상 장기요양상태 발 생해당일’로부터 1년(12회) 확정지급 하며, 15년(180회)을 최대한도로 지 급) ※ 단, 최초 3년(36회) 보증지급하며 피보험자 사망시에도 보증지급기간 까지 잔여분은 지급합니다.

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이
외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우
에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가
여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일
이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의
납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의
피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료
납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회
이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장기요양보장개시일 이후 최초로 제3조(‘중
등도이상 장기요양상태’의 정의)에서 정한 ‘중등도이상 장기요양상태’로 판정받은 경우에는 이 특
약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
4. 주1) 및 주2)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제17조(특약의 갱신) 제1항 내지 제6항
에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의
보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 주3)에 따라 보험료 납입이 면제된 경우에는 제17조(특약의
갱신) 제7항에 따라 이 특약은 갱신되지 않습니다.
5. 장기요양보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다
음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 하며, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일
로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 말합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해
를 직접적인 원인으로 ‘중등도이상 장기요양상태’로 판정받았을 경우에는 최초계약의 경우 보험계
약일, 갱신계약의 경우 갱신일, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일을 장기요양보장
개시일로 합니다.
6. 피보험자가 장기요양보장개시일의 전일 이전에 ‘중등도이상 장기요양상태’로 판정받았을 경우에는
특약을 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 보험료 납입이 면제된
경우 ‘이미 납입한 이 특약의 보험료’는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
7. 중등도이상 장기요양상태 간병자금의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약을 해지할 수
없습니다.
8. 피보험자가 ‘중등도이상 장기요양상태’로 판정받은 날을 1회로 하여 36회까지 중등도이상 장기요
양상태 간병자금을 보증지급하며, 피보험자가 중등도이상 보증지급기간 중 사망한 경우에는 중등
도이상 보증지급기간 이내에 지급받지 못한 잔여 중등도이상 장기요양상태 간병자금을 지급합니

다.

9. 중등도이상 장기요양상태 간병자금 수령 중 보험기간이 종료되더라도 '매년 중등도이상 장기요양상태 발생해당일'에 피보험자가 살아있을 경우 중등도이상 장기요양상태 간병자금은 보험기간 만기와 관계없이 최대 180회까지 지급합니다. 다만, 해당월에 '중등도이상 장기요양상태 발생일'에 해당되는 날이 없는 경우 해당월의 말일을 '매월 중등도이상 장기요양상태 발생해당일'로 합니다.
10. 회사는 피보험자가 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등도이상 장기요양상태 간병자금을 지급하지 않습니다.
11. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 제7조(보험금의 지급사유)의 중등도이상 장기요양상태 간병자금을 지급받은 후 사망한 경우에는 책임준비금을 지급하지 않습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제26조 제2항 관련)

구 분	기 간		지 급 이 자
제1회 중등도이상 장기요양상태 간병자금 (제7조), 사망 당시의 책임준비금 (제19조 제4항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간		보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
제2회 이후의 중등도이상 장기요양상태 간병자금 (제7조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지 의 기간	보험기간 만기일(단, 이 계약 이 더 이상의 효력을 가지지 않게 된 경우에는 효력을 가 지지 않게 된 날) 이내	평균공시이율
		보험기간 만기일(단, 이 계약 이 더 이상의 효력을 가지지 않게 된 경우에는 효력을 가 지지 않게 된 날) 이후	- 1년 이내: 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해지환급금 (제26조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구 일까지의 기간		- 1년 이내 : 평균공시이율 의 50% - 1년초과 기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

- 주) 1. 중등도이상 장기요양상태 지급사유가 발생한 경우에는 제18조(특약의 보험기간) 제3항에서 정한 최종 중등도이상 장기요양상태 지급사유 해당일을 상기의 '보험기간 만기일'로 합니다. 단, 피보험자가 사망한 경우에는 사망일을 '보험기간 만기일'로 합니다.
2. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
3. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
4. 제2회 이후의 중등도이상 장기요양상태 간병자금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
5. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
6. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 4 】 장해분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

장기요양간병자금특약(중증)(갱신형)(T1.1) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해: 별표 3 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

나. 장애: 별표 4 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

라. 장기요양보장개시일: 제3조('중증장기요양상태'의 정의)에서 정한 '중증장기요양상태'에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 하며, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 말합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 '중증장기요양상태'로 판정받았을 경우에는 최초계약의 경우 보험계약일, 갱신계약의 경우 갱신일, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일을 장기요양보장개시일로 합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제13조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '중증장기요양상태'의 정의

이 특약에 있어서 '중증장기요양상태'라 함은 「만65세 이상 노인」 또는 「노인성 질병을 가진 만65세 미만의 자」로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요하다고 판단되어 노인장기요양보험법에 따라 등급판정위원회에서 장기요양 1등급 또는 장기요양 2등급으로 판정받은 경우를 말합니다.

【노인성 질병】

치매·뇌혈관성질환 등 대통령령(노인장기요양보험법 시행령 제2조 및 동시행령 [별표1] '노인성 질병의 종류' 참조)으로 정하는 질병을 말합니다.

제 4 조 '매년 중증장기요양상태 발생해당일' 및 '매월 중증장기요양상태 발생해당일'의 정의

① 이 특약에 있어서 '매년 중증장기요양상태 발생해당일'이라 함은 제2조(용어의 정의) 제2호 '라'목에서 정한 장기요양보장개시일 이후에 최초로 제3조('중증장기요양상태'의 정의)에서 정한 '중증장기요양상태'로 판정받은 날(이하 '중증장기요양상태 발생일'이라 합니다) 및 그 이후부터 1년씩 경과되는 매년의 '중증장기요양상태 발생일'에 해당되는 날을 말합니다. 다만, 해당연도의 '중증장기요양상태 발생일'에 해당되는 날이 없는 경우에는 해당월의 말일을 '매년 중증장기요양상태 발생해당일'로 합니다.

② 이 특약에 있어서 '매월 중증장기요양상태 발생해당일'이라 함은 '중증장기요양상태 발생일'에 해당되는 날 및 그 이후부터 한 달씩 경과되는 매월의 '중증장기요양상태 발생일'에 해당되는 날을 말합니다. 다만, 해당월의 '중증장기요양상태 발생일'에 해당되는 날이 없는 경우에는 해당월의 말일을 '매월 중증장기요양상태 발생해당일'로 합니다.

【제4조 제1항 및 제2항의 예시】

· 최초 계약일이 2021년 4월 1일이고, 2021년 8월 31일에 최초로 '중증장기요양상태'로 판정받았을 경우

☞ 중증장기요양상태 발생일 : 2021년 8월 31일

☞ 매년 중증장기요양상태 발생해당일
: 2021년 8월 31일, 2022년 8월 31일, 2023년 8월 31일, ...

☞ 매월 중증장기요양상태 발생해당일
: 2021년 8월 31일, 2021년 9월 30일, 2021년 10월 31일, ...

제 5 조 법령 등의 개정에 따른 계약 내용의 변경

① 제3조('중증장기요양상태'의 정의)에 의한 '중증장기요양상태'의 판정기준이 「노인장기요양보험법」 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장 내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정 등에 따라 장기요양등급 판정기준이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정 등에 따라 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장기요양등급 판정기준이 변경되어 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우

【장기요양등급 판정기준이 변경되는 경우 예시】

관련 법령상 「장기요양상태 등급별 장기요양인정점수 기준이 변경되는 경우」 또는 「장기요양등급 판정기준이 현행 1~5등급에서 변경되는 경우」 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정 등에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 및 보험료 변경내역 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않을 경우 특약내용 변경일 전일까지 특약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경일 전일까지 특약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 납입보험료, 보험가입금액 등이 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특약의 효력이 소멸되는 날(이하 '효력소멸일'이라 합니다)의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 책임준비금을 지급합니다.
- ⑧ 갱신계약의 경우에도 제1항 내지 제7항의 규정을 준용합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 6 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병

으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 7 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 장기요양보장개시일 이후에 '중증장기요양상태'로 판정받고 '매년 중증장기요양상태 발생해당일'에 생존한 경우에는 '매월 중증장기요양상태 발생해당일'에 중증장기요양상태 간병자금을 지급합니다('매년 중증장기요양상태 발생해당일'로부터 1년(12회) 확정지급하며, 15년(180회)을 최대한도로 지급).

※ 다만, 중증장기요양상태 간병자금은 최초 3년(36회) 보증지급하며 피보험자 사망시에도 보증지급기간까지 잔여분은 지급합니다.

제 8 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장기요양보장개시일 이후 최초로 제3조('중증장기요양상태'의 정의)에서 정한 '중증장기요양상태'로 판정받은 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제17조(특약의 갱신) 제1항 내지 제6항에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 제3항에 따라 보험료 납입이 면제된 경우에는 제17조(특약의 갱신) 제7항에 따라 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ⑤ 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증장기요양상태 간병자금은 '중증장기요양상태'로 판정받고 '매년 중증장기요양상태 발생해당일'에 살아있을 경우 '매년 중증장기요양상태 발생해당일'로부터 1년(12회) 동안 '매월 중증장기요양상태 발생해당일'에 중증장기요양상태 간병자금을 확정지급합니다. 다만, 15년(180회)을 최대한도로 지급합니다.
- ⑥ 회사는 피보험자가 '중증장기요양상태'로 판정받은 날을 1회로 하여 36회까지 중증장기요양상태 간병자금을 보증지급(이하 '중증 보증지급기간'이라 합니다)하며, 피보험자가 중증 보증지급기간 중 사망한 경우에는 중증 보증지급기간 이내에 지급받지 못한 잔여 중증장기요양상태 간병자금을 지급합니다.
- ⑦ 중증장기요양상태 간병자금 수령 중 보험기간이 종료되더라도 '매년 중증장기요양상태 발생해당일'에 피보험자가 살아있을 경우 해당월 중증장기요양상태 간병자금은 보험기간 만기와 관계없이 최대 180회까지 지급합니다. 다만, 해당월에 '중증장기요양상태 발생일'에 해당되는 날이 없는 경우 해당월의 말일을 '매월 중증장기요양상태 발생해당일'로 합니다.
- ⑧ 보험기간 중 피보험자가 장기요양보장개시일 이후에 '중증장기요양상태'로 판정되어 보험금의 지급사유가 발생하였으나, 보험금을 청구하지 않고 피보험자 사망 이후 보험금을 청구한 경우에도 중증장기요양상태 간병자금을 지급합니다. 다만, 제19조(특약의 소멸) 제4항에 따라 사망 당시의 책임준비금이 지급된 경우에는 중증장기요양상태 간병자금에서 이미 지급된 사망 당시의 책임준비금을 차감하여 지급합니다.
- ⑨ 회사는 피보험자가 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증장기요양상태 간병자금을 지급하지 않습니다.

- ⑩ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑪ 제10항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 4 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑭ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.
- ⑮ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 4 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑯ 제1항 및 제15항의 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.
- ⑰ 장해분류표(별표 4 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 4 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
- ⑱ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 9 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 10 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 장기요양인정서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령, 책임준비금 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관, 또는 노인장기요양보험법 제2조(정의)에서 규정한 장기요양기관에서 발급한 것이어야 합니다. 다만, 장기요양인정서는 노인장기요양보험법 시행규칙 별지 서식에 의해 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.
1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
 2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
 3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서
- ④ 제3항에도 불구하고 계약자가 제28조(지정대리청구인의 지정)에서 정한 지정대리청구인을 지정한 경우 회사는 성년후견인이 보험금을 청구하도록 요구할 수 없습니다.

제 11 조 보험금 등의 지급절차

- ① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금의 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제7조(보험금의 지급사유)의 중증장기요양상태 간병자금 중 제2회 이후의 중증장기요양상태 간병자금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 12 조 보험금 받는 방법의 변경

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 방법에 따라 제7조(보험금의 지급사유)에 따른 중증장기요양상태 간병자금(중증 보증지급기간에 해당하는 금액 중 지급되지 않은 잔여 보증지급금액 또는 '매년 중증장기요양상태 발생해당일'에 생존하여 해당연도 중증장기요양상태 간병자금의 12개월 확정지급금액 중 미지급된 금액)의 전부 또는 일부에 대하여 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 '평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액'과 '산출이율을 연단위 복리로 할인한 금액' 중 큰 금액을 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 13 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진

제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제7조(보험금의 지급사유) 및 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제23조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 14 조 특약의 무효

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

2. 피보험자가 제2조(용어의 정의)의 제2호 '라'목에서 정하는 장기요양보장개시일의 전일 이전에 제3조('중증장기요양상태'의 정의)에서 정한 '중증장기요양상태'로 판정받았을 경우

② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 이 특약의 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우

2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 15 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 특약가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제26조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 특약가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 특약가입금액을 감액할 수 없습니다.

제 16 조 보험나이

① 이 특약에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제3조('중증장기요양상태'의 정의)의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.

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

【매년 계약 해당일】

제2차년도 이후 매년의 계약일과 동일한 월, 일.

다만, 해당 월에 동일한 일이 없는 경우에는 해당 월의 말일

③ 청약서류상 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 사실과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2018년 4월 13일

제 17 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약 해당일 이후인 경우에는 100세 계약 해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 3. 제19조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험기간 중 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에 이 특약은 더 이상 갱신되지 않습니다.

제 18 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제17조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 5년(최초계약의 보험기간이 10년인 경우에는 10년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.
- ③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제7조(보험금의 지급사유)의 중증장기요양상태 간병자금 지급사유가 발생한 경우 이 특약의 보험기간은 최종 중증장기요양상태 간병자금 지급사유 해당일까지로 합니다.

제 19 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 피보험자가 사망한 경우
 3. 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
- ② 제1항 제2호'사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 제7조(보험금의 지급사유)의 중증장기요양상태 간병자금을 지급받은 후 사망한 경우에는 책임준비금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제11조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 20 조 특약의 보장개시

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 제3조('중증장기요양상태'의 정의)에서 정한 '중증장기요양상태'에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 '라'목의 장기요양보장개시일로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.
- ② 갱신계약의 경우 제2조(용어의 정의) 제5호 '라'목의 '갱신일'을 보장개시일 및 장기요양보장개시일로 합니다.

제 21 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입 기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 22 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제26조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 23 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한

하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

③ 제1항에도 불구하고 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 제20조(특약의 보장개시)에도 불구하고 제3조('중증장기요양상태'의 정의)에서 정한 '중증장기요양상태'에 대한 보장개시일 제2조(용어의 정의) 제2호 '라'목에서 정한 장기요양보장개시일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 24 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제26조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 중증장기요양상태 간병자금의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해지할 수 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 24 조의 2 위법계약의 해지

① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제26조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 25 조 중대사유로 인한 해지

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제26조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 26 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제24조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 지정대리청구에 관한 사항

제 27 조 지정대리청구 적용대상

이 특약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제 28 조 지정대리청구인의 지정

- ① 계약자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하, '지정대리청구인'이라 합니다)을 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제29조(지정대리청구인의 변경 지정)에 따른 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에 따라 지정대리청구인을 지정하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 지정대리청구인 신청서(회사양식)
 2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
 3. 계약자의 신분증
- ③ 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제27조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제 29 조 지정대리청구인의 변경 지정

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 계약자의 신분증

제 30 조 지정대리청구인에 의한 보험금 지급의 절차

- ① 지정대리청구인은 제31조(지정대리청구인에 의한 보험금 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제27조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제 31 조 지정대리청구인에 의한 보험금 청구

- ① 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(장기요양인정서 등)
 3. 지정대리청구인의 사진이 붙은 정부기관 발행 주민등록증이나 운전면허증 등
 4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
 5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서(장기요양인정서)는 노인장기요양보험법 시행규칙 별지 서식에 의해 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 관 기타사항 등

제 32 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
중증 장기요양상태 간병자금	보험기간 중 피보험자가 장기요양보장개시일 이후에 '중증장기요양상태'로 판정받고 '매년 중증장기요양상태 발생해당일'에 생존한 경우	'매월 중증장기요양상태 발생해당일'에 20만원 (‘매년 중증장기요양상태 발생해당일’로부터 1년(12회) 확정지급하며, 15년(180회)을 최대한도로 지급) ※ 단, 최초 3년(36회) 보증지급하며 피보험자 사망시에도 보증지급기간까지 잔여분은 지급합니다.

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장기요양보장개시일 이후 최초로 제3조('중증 장기요양상태'의 정의)에서 정한 '중증장기요양상태'로 판정받은 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
4. 주1) 및 주2)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제17조(특약의 갱신) 제1항 내지 제6항에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 주3)에 따라 보험료 납입이 면제된 경우에는 제17조(특약의 갱신) 제7항에 따라 이 특약은 갱신되지 않습니다.
5. 장기요양보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 하며, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 말합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 '중증장기요양상태'로 판정받았을 경우에는 최초계약의 경우 보험계약일, 갱신계약의 경우 갱신일, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일을 장기요양보장개시일로 합니다.
6. 피보험자가 장기요양보장개시일의 전일 이전에 '중증장기요양상태'로 판정받았을 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 경우 '이미 납입한 이 특약의 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
7. 중증장기요양상태 간병자금의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.
8. 피보험자가 '중증장기요양상태'로 판정받은 날을 1회로 하여 36회까지 중증장기요양상태 간병자금을 보증지급하며, 피보험자가 중증 보증지급기간 중 사망한 경우에는 중증 보증지급기간 이내에 지급받지 못한 잔여 중증장기요양상태 간병자금을 지급합니다.
9. 중증장기요양상태 간병자금 수령 중 보험기간이 종료되더라도 '매년 중증장기요양상태 발생해당일'에 피보험자가 살아있을 경우 해당월 중증장기요양상태 간병자금은 보험기간 만기와 관계없이

최대 180회까지 지급합니다. 다만, 해당월에 '중증장기요양상태 발생일'에 해당되는 날이 없는 경우 해당월의 말일을 '매월 중증장기요양상태 발생해당일'로 합니다.

10. 회사는 피보험자가 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 해당 중증장기요양상태 간병자금을 지급하지 않습니다.
11. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 제7조(보험금의 지급사유)의 중증장기요양상태 간병자금을 지급받은 후 사망한 경우에는 책임준비금을 지급하지 않습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제26조 제2항 관련)

구 분	기 간		지 급 이 자
제1회 중증장기요양상태 간병자금 (제7조), 사망 당시의 책임준비금 (제19조 제4항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간		보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
제2회 이후의 중증장기요양상태 간병자금 (제7조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지 의 기간	보험기간 만기일(단, 이 계약 이 더 이상의 효력을 가지지 않게 된 경우에는 효력을 가 지지 않게 된 날) 이내	평균공시이율
		보험기간 만기일(단, 이 계약 이 더 이상의 효력을 가지지 않게 된 경우에는 효력을 가 지지 않게 된 날) 이후	- 1년 이내: 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해지환급금 (제26조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구 일까지의 기간		- 1년 이내 : 평균공시이율 의 50% - 1년초과 기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

- 주) 1. 중증장기요양상태 지급사유가 발생한 경우에는 제18조(특약의 보험기간) 제3항에서 정한 최종 중
증장기요양상태 지급사유 해당일을 상기의 '보험기간 만기일'로 합니다. 단, 피보험자가 사망한
경우에는 사망일을 '보험기간 만기일'로 합니다.
2. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
3. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는
지급하지 않습니다.
4. 제2회 이후의 중증장기요양상태 간병자금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할
사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평
균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
5. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지
않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절
하지 않습니다.
6. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에
대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 4 】 장해분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

장기요양간병자금특약(초기경도이상)(갱신형)(T1.1) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해: 별표 3 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

나. 장애: 별표 4 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

라. 장기요양보장개시일: 제3조('초기경도이상 장기요양상태'의 정의)에서 정한 '초기경도이상 장기요양상태'에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 하며, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 말합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 '초기경도이상 장기요양상태'로 판정받았을 경우에는 최초 계약의 경우 보험계약일, 갱신계약의 경우 갱신일, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일을 장기요양보장개시일로 합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제13조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '초기경도이상 장기요양상태'의 정의

이 특약에 있어서 '초기경도이상 장기요양상태'라 함은 「만65세 이상 노인」 또는 「노인성 질병을 가진 만65세 미만의 자」로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요하다고 판단되어 노인장기요양보험법에 따라 등급판정위원회에서 장기요양 1등급, 장기요양 2등급, 장기요양 3등급, 장기요양 4등급 또는 장기요양 5등급으로 판정받은 경우를 말합니다.

【노인성 질병】

치매·뇌혈관성질환 등 대통령령(노인장기요양보험법 시행령 제2조 및 동시행령 [별표1] '노인성 질병의 종류' 참조)으로 정하는 질병을 말합니다.

제 4 조 '매년 초기경도이상 장기요양상태 발생해당일' 및 '매월 초기경도이상 장기요양상태 발생해당일'의 정의

① 이 특약에 있어서 '매년 초기경도이상 장기요양상태 발생해당일'이라 함은 제2조(용어의 정의) 제2호 '라'목에서 정한 장기요양보장개시일 이후에 최초로 제3조('초기경도이상 장기요양상태'의 정의)에서 정한 '초기경도이상 장기요양상태'로 판정받은 날(이하 '초기경도이상 장기요양상태 발생일'이라 합니다) 및 그 이후부터 1년씩 경과되는 매년의 '초기경도이상 장기요양상태 발생일'에 해당되는 날을 말합니다. 다만, 해당연도의 '초기경도이상 장기요양상태 발생일'에 해당되는 날이 없는 경우에는 해당월의 말일을 '매년 초기경도이상 장기요양상태 발생해당일'로 합니다.

② 이 특약에 있어서 '매월 초기경도이상 장기요양상태 발생해당일'이라 함은 '초기경도이상 장기요양상태 발생일'에 해당되는 날 및 그 이후부터 한 달씩 경과되는 매월의 '초기경도이상 장기요양상태 발생일'에 해당되는 날을 말합니다. 다만, 해당 월의 '초기경도이상 장기요양상태 발생일'에 해당되는 날이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 '매월 초기경도이상 장기요양상태 발생해당일'로 합니다.

【제4조 제1항 및 제2항의 예시】

· 최초 계약일이 2021년 4월 1일이고, 2021년 8월 31일에 최초로 '초기경도이상 장기요양상태'로 판정 받았을 경우

☞ 초기경도이상 장기요양상태 발생일 : 2021년 8월 31일

☞ 매년 초기경도이상 장기요양상태 발생해당일

: 2021년 8월 31일, 2022년 8월 31일, 2023년 8월 31일, ...

☞ 매월 초기경도이상 장기요양상태 발생해당일

: 2021년 8월 31일, 2021년 9월 30일, 2021년 10월 31일, ...

제 5 조 법령 등의 개정에 따른 계약 내용의 변경

① 제3조('초기경도이상 장기요양상태'의 정의)에서 정한 '초기경도이상 장기요양상태'의 판정기준이 「노인장기요양보험법」 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장 내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 장기요양등급 판정기준이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장기요양등급 판정기준이 변경되어 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우

【장기요양등급 판정기준이 변경되는 경우 예시】

관련 법령상 「장기요양상태 등급별 장기요양인정점수 기준이 변경되는 경우」 또는 「장기요양등급 판정기준이 현행 1~5등급에서 변경되는 경우」 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성 녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 및 보험료 변경내역 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않을 경우 특약내용 변경일 전일까지 특약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경일 전일까지 특약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 납입보험료, 보험가입금액 등이 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특약의 효력이 소멸되는 날(이하 '효력소멸일'이라 합니다)의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 책임준비금을 지급합니다.
- ⑧ 갱신계약의 경우에도 제1항 내지 제7항의 규정을 준용합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 6 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021. 1. 1 시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단

당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 7 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 장기요양보장개시일 이후에 '초기경도이상 장기요양상태'로 판정받고 '매년 초기경도이상 장기요양상태 발생해당일'에 생존한 경우 보험수익자에게 '매월 초기경도이상 장기요양상태 발생해당일'에 초기경도이상 장기요양상태 간병자금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. ('매년 초기경도이상 장기요양상태 발생해당일'로부터 1년(12회) 확정지급하며, 15년(180회)을 최대한도로 지급)

※ 다만, 초기경도이상 장기요양상태 간병자금은 최초 3년(36회) 보증지급하며 피보험자 사망시에도 보증지급기간까지 잔여분은 지급합니다.

제 8 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장기요양보장개시일 이후 최초로 제3조('초기경도이상 장기요양상태'의 정의)에서 정한 '초기경도이상 장기요양상태'로 판정받은 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제17조(특약의 갱신) 제1항 내지 제6항에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 제3항에 따라 보험료 납입이 면제된 경우에는 제17조(특약의 갱신) 제7항에 따라 이 특약은 갱신되지 않습니다.

⑤ 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 초기경도이상 장기요양상태 간병자금은 '초기경도이상 장기요양상태'로 판정받고 '매년 초기경도이상 장기요양상태 발생해당일'에 살아있을 경우 '매년 초기경도이상 장기요양상태 발생해당일'로부터 1년(12회)동안 '매월 초기경도이상 장기요양상태 발생해당일'에 초기경도이상 장기요양상태 간병자금을 확정지급합니다. 다만, 15년(180회)을 최대한도로 지급합니다.

⑥ 회사는 피보험자가 '초기경도이상 장기요양상태'로 판정받은 날을 1회로 하여 36회까지 초기경도이상 장기요양상태 간병자금을 보증지급(이하 '초기경도이상 보증지급기간'이라 합니다)하며, 피보험자가 초기경도이상 보증지급기간 중 사망한 경우에는 초기경도이상 보증지급기간 이내에 지급받지 못한 잔여 초기경도이상 장기요양상태 간병자금을 지급합니다.

⑦ 초기경도이상 장기요양상태 간병자금 수령 중 보험기간이 종료되더라도 '매년 초기경도이상 장기요양상태 발생해당일'에 피보험자가 살아있을 경우 초기경도이상 장기요양상태 간병자금은 보험기간 만기와 관계없이 최대 180회까지 지급합니다. 다만, 해당월에 '초기경도이상 장기요양상태 발생일'에 해당되는 날이 없는 경우 해당월의 말일을 '매월 초기경도이상 장기요양상태 발생해당일'로 합니다.

⑧ 보험기간 중 피보험자가 장기요양보장개시일 이후에 '초기경도이상 장기요양상태'로 판정되어 보험금의 지급사유가 발생하였으나, 보험금을 청구하지 않고 피보험자 사망 이후 보험금을 청구한 경우에도

초기경도이상 장기요양상태 간병자금을 지급합니다. 다만, 제19조(특약의 소멸) 제4항에 따라 사망 당시의 책임준비금이 지급된 경우에는 초기경도이상 장기요양상태 간병자금에서 이미 지급된 사망 당시의 책임준비금을 차감하여 지급합니다.

⑨ 회사는 피보험자가 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 초기경도이상 장기요양상태 간병자금을 지급하지 않습니다.

⑩ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑪ 제10항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 4 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑮ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 4 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 제1항 및 제15항의 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑰ 장해분류표(별표 4 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 4 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑱ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 9 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 10 조 보험금 등의 청구

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 장기요양인정서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령, 책임준비금 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관, 또는 노인장기요양보험법 제2조(정의)에서 규정한 장기요양기관에서 발급한 것이어야 합니다. 다만, 장기요양인정서는 노인장기요양보험법 시행규칙 별지 서식에 의해 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.
 1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
 2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
 3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서
- ④ 제3항에도 불구하고 계약자가 제28조(지정대리청구인의 지정)에서 정한 지정대리청구인을 지정한 경우 회사는 성년후견인이 보험금을 청구하도록 요구할 수 없습니다.

제 11 조 보험금 등의 지급절차

- ① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금의 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제7조(보험금의 지급사유)의 초기경도이상 장기요양상태 간병자금 중 제2회 이후의 초기경도이상 장기요양상태 간병자금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 12 조 보험금 받는 방법의 변경

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 방법에 따라 제7조(보험금의 지급사유)에 따른 초기경도이상 장기요양상태 간병자금(초기경도이상 보증지급기간에 해당하는 금액 중 지급되지 않은 잔여 보증지급금액 또는 '매년 초기경도이상 장기요양상태 발생해당일'에 생존하여 해당연도 초기경도이상 장기요양상태 간병자금의 12개월 확정지급금액 중 미지급된 금액)의 전부 또는 일부에 대하여 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 '평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액'과 '산출이율을 연단위 복리로 할인한 금액' 중 큰 금액을 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 13 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이

루어 집니다.

- ② 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제7조(보험금의 지급사유), 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제3항에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제23조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 14 조 특약의 무효

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
 - 1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
 - 2. 피보험자가 제2조(용어의 정의)의 제2호 '라'목에서 정하는 장기요양보장개시일의 전일 이전에 제3조('초기경도이상 장기요양상태'의 정의)에서 정한 '초기경도이상 장기요양상태'로 판정받았을 경우
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 이 특약의 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 - 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 - 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 15 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 특약가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보아, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제26조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 특약가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 특약가입금액을 감액할 수 없습니다.

제 16 조 보험나이

- ① 이 특약에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제3조('초기경도이상 장기요양상태'의 정의)의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

【매년 계약 해당일】

제2차년도 이후 매년의 계약일과 동일한 월, 일.

다만, 해당 월에 동일한 일이 없는 경우에는 해당 월의 말일

③ 청약서류상 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 사실과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2018년 4월 13일

⇒ 2018년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 29년 6월 11일 = 보험나이 30세

제 17 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약 해당일 이후인 경우에는 100세 계약 해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 3. 제19조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 제1항에도 불구하고, 이 특약의 보험기간 중 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에 이 특약은 더 이상 갱신되지 않습니다.

제 18 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제17조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 5년(최초계약의 보험기간이 10년인 경우에는 10년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.
- ③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제7조(보험금의 지급사유)의 초기경도이상 장기요양상태 간병자금 지급사유가 발생한 경우 이 특약의 보험기간은 최종 초기경도이상 장기요양상태 간병자금 지급사유 해당일까지로 합니다.

제 19 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 피보험자가 사망한 경우
 3. 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
- ② 제1항 제2호‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ③ 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 제7조(보험금의 지급사유)의 초기경도이상 장기요양상태 간병자금을 지급받은 후 사망한 경우에는 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제11조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 20 조 특약의 보장개시

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 제3조('초기경도이상 장기요양상태'의 정의)에서 정한 '초기경도이상 장기요양상태'에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 '라'목의 장기요양보장개시일로하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.
- ② 갱신계약의 경우 제2조(용어의 정의) 제5호 '라'목의 '갱신일'을 보장개시일 및 장기요양보장개시일로 합니다.

제 21 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 22 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우

편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제26조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 23 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

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

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

③ 제1항에도 불구하고 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 제20조(특약의 보장개시)에도 불구하고 제3조(‘초기경도이상 장기요양상태’의 정의)에서 정한 ‘초기경도이상 장기요양상태’에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 ‘라’목에서 정한 장기요양보장개시일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 24 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제26조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 초기경도이상 장기요양상태 간병자금의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해지할 수 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 24 조의 2 위법계약의 해지

① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제26조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 25 조 중대사유로 인한 해지

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하

였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제26조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 26 조 해지환급금

① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제24조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 지정대리청구에 관한 사항

제 27 조 지정대리청구 적용대상

이 특약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제 28 조 지정대리청구인의 지정

① 계약자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하, '지정대리청구인'이라 합니다)을 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제29조(지정대리청구인의 변경 지정)에 따른 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에 따라 지정대리청구인을 지정하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 지정대리청구인 신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 계약자의 신분증

③ 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제27조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제 29 조 지정대리청구인의 변경 지정

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 계약자의 신분증

제 30 조 지정대리청구인에 의한 보험금 지급의 절차

① 지정대리청구인은 제31조(지정대리청구인에 의한 보험금 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제27조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제 31 조 지정대리청구인에 의한 보험금 청구

- ① 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(장기요양인정서 등)
 3. 지정대리청구인의 사진이 붙은 정부기관 발행 주민등록증이나 운전면허증 등
 4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
 5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서(장기요양인정서)는 노인장기요양보험법 시행규칙 별지 서식에 의해 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 관 기타사항 등

제 32 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
초기경도이상 장기요양상태 간병자금	보험기간 중 피보험자가 장기요양 보장개시일 이후에 '초기경도이상 장기요양상태'로 판정받고 '매년 초 기경도이상 장기요양상태 발생해당 일'에 생존한 경우	'매월 초기경도이상 장기요양상태 발생해당일'에 10만원 (‘매년 초기경도이상 장기요양상태 발생해당일’로부터 1년(12회) 확정지 급하며, 15년(180회)을 최대한도로 지급) ※ 단, 최초 3년(36회) 보증지급하며 피보험자 사망시에도 보증지급기간 까지 잔여분은 지급합니다.

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장기요양보장개시일 이후 최초로 제3조(‘초기경도이상 장기요양상태’의 정의)에서 정한 ‘초기경도이상 장기요양상태’로 판정받은 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
4. 주1) 및 주2)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제17조(특약의 갱신) 제1항 내지 제6항에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 주3)에 따라 보험료 납입이 면제된 경우에는 제17조(특약의 갱신) 제7항에 따라 이 특약은 갱신되지 않습니다.
5. 장기요양보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 하며, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 말합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 ‘초기경도이상 장기요양상태’로 판정받았을 경우에는 최초계약의 경우 보험계약일, 갱신계약의 경우 갱신일, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일을 장기요양보장개시일로 합니다.
6. 피보험자가 장기요양보장개시일의 전일 이전에 ‘초기경도이상 장기요양상태’로 판정받았을 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 경우 ‘이미 납입한 이 특약의 보험료’는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
7. 초기경도이상 장기요양상태 간병자금의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.
8. 피보험자가 ‘초기경도이상 장기요양상태’로 판정받은 날을 1회로 하여 36회까지 초기경도이상 장기요양상태 간병자금을 보증지급하며, 피보험자가 초기경도이상 보증지급기간 중 사망한 경우에는 초기경도이상 보증지급기간 이내에 지급받지 못한 잔여 초기경도이상 장기요양상태 간병자금

을 지급합니다.

9. 초기경도이상 장기요양상태 간병자금 수령 중 보험기간이 종료되더라도 '매년 초기경도이상 장기요양상태 발생해당일'에 피보험자가 살아있을 경우 초기경도이상 장기요양상태 간병자금은 보험기간 만기와 관계없이 최대 180회까지 지급합니다. 다만, 해당월에 '초기경도이상 장기요양상태 발생일'에 해당되는 날이 없는 경우 해당월의 말일을 '매월 초기경도이상 장기요양상태 발생해당일'로 합니다.
10. 회사는 피보험자가 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 초기경도이상 장기요양상태 간병자금을 지급하지 않습니다.
11. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다. 다만, 제7조(보험금의 지급사유)의 초기경도이상 장기요양상태 간병자금을 지급받은 후 사망한 경우에는 책임준비금을 지급하지 않습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제26조 제2항 관련)

구 분	기 간		지 급 이 자
제1회 초기경도이상 장기요양상태 간병자금 (제7조), 사망 당시의 책임준비금 (제19조 제4항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간		보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
제2회 이후의 초기경도이상 장기요양상태 간병자금 (제7조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지 의 기간	보험기간 만기일(단, 이 계약 이 더 이상의 효력을 가지지 않게 된 경우에는 효력을 가 지지 않게 된 날) 이내	평균공시이율
		보험기간 만기일(단, 이 계약 이 더 이상의 효력을 가지지 않게 된 경우에는 효력을 가 지지 않게 된 날) 이후	- 1년 이내: 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해지환급금 (제26조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구 일까지의 기간		- 1년 이내 : 평균공시이율 의 50% - 1년초과 기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

- 주) 1. 초기경도이상 장기요양상태 지급사유가 발생한 경우에는 제18조(특약의 보험기간) 제3항에서 정한 최종 초기경도이상 장기요양상태 지급사유 해당일을 상기의 '보험기간 만기일'로 합니다. 단, 피보험자가 사망한 경우에는 사망일을 '보험기간 만기일'로 합니다.
2. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
3. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
4. 제2회 이후의 초기경도이상 장기요양상태 간병자금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
5. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
6. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 4 】 장해분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

장기요양시설급여특약(중등도이상)(갱신형)(T1.1) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해: 별표 3 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

나. 장애: 별표 4 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

라. 장기요양보장개시일: 제3조('중등도이상 장기요양상태'의 정의)에서 정한 '중등도이상 장기요양 상태'에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 하며, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 말합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 '중등도이상 장기요양상태'로 판정받았을 경우에는 최초계약의 경우 보험계약일, 갱신계약의 경우 갱신일, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일을 장기요양보장개시일로 합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제12조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제16조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '중등도이상 장기요양상태'의 정의

이 특약에 있어서 '중등도이상 장기요양상태'라 함은 「만65세 이상 노인」 또는 「노인성 질병을 가진 만 65세 미만의 자」로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요하다고 판단되어 노인장기요양보험법에 따라 등급판정위원회에서 장기요양 1등급, 장기요양 2등급 또는 장기요양 3등급으로 판정받은 경우를 말합니다.

【노인성 질병】

치매·뇌혈관성질환 등 대통령령(노인장기요양보험법 시행령 제2조 및 동시행령 [별표1] '노인성 질병의 종류' 참조)으로 정하는 질병을 말합니다.

제 4 조 '시설급여'의 정의

이 특약에 있어서 '시설급여'라 함은 노인장기요양보험법 제15조(등급판정 등) 등에 의한 장기요양급여수급자(이하 '수급자'라 합니다)가 받을 수 있는 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제2호에서 정한 시설급여로 장기요양기관에 장기간 입소한 수급자에게 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여를 말합니다.

제 5 조 법령 등의 개정에 따른 계약 내용의 변경

① 제3조('중등도이상 장기요양상태'의 정의)에서 정한 '중등도이상 장기요양상태'의 판정기준 및 제4조('시설급여'의 정의)에서 정한 '시설급여'의 정의가 「노인장기요양보험법」 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 장기요양등급 판정기준 또는 시설급여가 폐지되는 경우

2. 법령의 개정에 따라 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장기요양등급 판정기준, '시설급여'의 정의가 변경되어 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우

【장기요양등급 판정기준이 변경되는 경우 예시】

관련 법령상 「장기요양상태 등급별 장기요양인정점수 기준이 변경되는 경우」 또는 「장기요양등급 판정기준이 현행 1~5등급에서 변경되는 경우」 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성 녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 및 보험료 변경내역 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않을 경우 특약내용 변경일 전일까지 특약내

용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경일 전일까지 특약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 납입보험료, 보험가입금액 등이 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특약의 효력이 소멸되는 날(이하 '효력소멸일'이라 합니다)의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 책임준비금을 지급합니다.

⑧ 갱신계약의 경우에도 제1항 내지 제7항의 규정을 준용합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 6 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021. 1. 1 시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 7 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 장기요양보장개시일 이후에 '중등도이상 장기요양상태'로 판정받고 보험기간 중 1일 이상 '시설급여'를 이용하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 중등도이상 장기요양 시설급여금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 8 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피

보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제16조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 회사는 피보험자가 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등도이상 장기요양 시설급여금을 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 '시설급여' 이용 중에 보험기간이 종료되었을 경우 보험기간 종료일의 다음날 이후에 해당하는 중등도이상 장기요양 시설급여금은 지급하지 않습니다.

【보험기간이 종료되었을 경우 중등도이상 장기요양 시설급여금 지급 예시】

예1) 최초계약 이후 갱신하지 않은 경우

· 보험기간 : 5년만기

계약일	장기요양 보장개시일	중등도이상 장기요양상태 판정일	시설 입소	보험기간 종료	시설 퇴소
	←90일→		보장		
2021년 9월 1일	2021년 11월 30일	2026년 4월 1일	2026년 6월 15일	2026년 8월 31일	2026년 10월 30일
				보험금지급 없음	

예2) 최대갱신나이까지 갱신하는 경우

· 보험기간 : 5년만기

· 가입나이 : 60세

· 최대갱신나이 : 100세

계약일	장기요양 보장개시일	중등도이상 장기요양상태 판정일	시설 입소	보험기간 종료	시설 퇴소
	←90일→		보장		
2021년 9월 1일	2021년 11월 30일	2026년 4월 1일	2059년 6월 15일	2061년 8월 31일	2061년 10월 30일
				보험금지급 없음	

⑥ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑦ 제6항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 4 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급

를만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑩ 제1항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 합니다.

⑪ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장애 분류표(별표 4 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항 및 제11항의 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑬ 장애분류표(별표 4 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표 4 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 9 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 10 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장애진단서, 장기요양인정서, 장기요양급여비용 명세서, 장기요양급여 제공 기록지 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령, 책임준비금 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관, 또는 노인장기요양보험법 제2조(정의)에서 규정한 장기요양기관에서 발급한 것이어야 합니다. 다만, 장기요양인정서는 노인장기요양보험법 시행규칙 별지 서식에 의해 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
 2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
 3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서
- ④ 제3항에도 불구하고 계약자가 제27조(지정대리청구인의 지정)에서 정한 지정대리청구인을 지정한 경우 회사는 성년후견인이 보험금을 청구하도록 요구할 수 없습니다.

제 11 조 보험금 등의 지급절차

- ① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금의 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 12 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제7조(보험금의 지급사유) 및 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제22조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 13 조 특약의 무효

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
 1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
 2. 피보험자가 제2조(용어의 정의)의 제2호 '라'목에서 정하는 장기요양보장개시일의 전일 이전에 제3조('중등도이상 장기요양상태'의 정의)에서 정한 '중등도이상 장기요양상태'로 판정받았을 경우
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 이 특약의 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우

2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 14 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 특약가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보아, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제25조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 특약가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 15 조 보험나이

- ① 이 특약에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제3조('중등도이상 장기요양상태'의 정의)의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

【매년 계약 해당일】

제2차년도 이후 매년의 계약일과 동일한 월, 일.

다만, 해당 월에 동일한 일이 없는 경우에는 해당 월의 말일

- ③ 청약서류상 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 사실과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2018년 4월 13일

⇒ 2018년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 29년 6월 11일 = 보험나이 30세

제 16 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.
 1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 3. 제18조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 17 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간

으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제16조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 5년(최초계약의 보험기간이 10년인 경우에는 10년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신 계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 18 조 특약의 소멸

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

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우

② 제1항 제2호‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제11조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 19 조 특약의 보장개시

① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 제3조(‘중등도이상 장기요양상태’의 정의)에서 정한 ‘중등도이상 장기요양상태’에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 ‘라’목의 장기요양보장개시일로하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

② 갱신계약의 경우 제2조(용어의 정의) 제5호 ‘라’목의 ‘갱신일’을 보장개시일 및 장기요양보장개시일로 합니다.

제 20 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입 기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 21 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이

영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제25조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 22 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 제19조(특약의 보장개시)에도 불구하고 제3조(‘중등도이상 장기요양상태’의 정의)에서 정한 ‘중등도이상 장기요양상태’에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 ‘라’목에서 정한 장기요양보장개시일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 23 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제25조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 23 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제25조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 24 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 - 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제25조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 25 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제23조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 지정대리청구에 관한 사항

제 26 조 지정대리청구 적용대상

이 특약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제 27 조 지정대리청구인의 지정

- ① 계약자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하, '지정대리청구인'이라 합니다)을 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제28조(지정대리청구인의 변경 지정)에 따른 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 - 1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상 배우자
 - 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에 따라 지정대리청구인을 지정하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 - 1. 지정대리청구인 신청서(회사양식)
 - 2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
 - 3. 계약자의 신분증
- ③ 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제26조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제 28 조 지정대리청구인의 변경 지정

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지

정을 서면으로 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 계약자의 신분증

제 29 조 지정대리청구인에 의한 보험금 지급의 절차

- ① 지정대리청구인은 제30조(지정대리청구인에 의한 보험금 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제26조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제 30 조 지정대리청구인에 의한 보험금 청구

- ① 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(장기요양인정서, 장기요양급여비용 명세서, 장기요양급여 제공기록지, 장기요양급여제공 확인서 등)
 3. 지정대리청구인의 사진이 붙은 정부기관 발행 주민등록증이나 운전면허증 등
 4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
 5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서(장기요양인정서)는 노인장기요양보험법 시행규칙 별지 서식에 의해 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 관 기타사항 등

제 31 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
중등도이상 장기요양 시설급여금	보험기간 중 피보험자가 장기요양보장개시일 이후 에 '중등도이상 장기요양상태'로 판정받고 보험기간 중 1일 이상 '시설급여'를 이용하였을 경우	이용 1일당 5천원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 주1) 및 주2)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제16조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. 장기요양보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 하며, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 말합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 '중등도이상 장기요양상태'로 판정받았을 경우에는 최초계약의 경우 보험계약일, 갱신계약의 경우 갱신일, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일을 장기요양보장개시일로 합니다.
5. 피보험자가 장기요양보장개시일의 전일 이전에 '중등도이상 장기요양상태'로 판정받았을 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 경우 '이미 납입한 이 특약의 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
6. 회사는 피보험자가 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등도이상 장기요양 시설급여금을 지급하지 않습니다.
7. 피보험자가 '시설급여' 이용 중에 보험기간이 종료되었을 경우에는 보험기간 종료일의 다음날 이후에 해당하는 중등도이상 장기요양 시설급여금은 지급하지 않습니다.
8. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제25조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
중등도이상 장기요양 시설급여금 (제7조), 사망 당시의 책임준비금 (제18조 제5항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제25조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구 일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율 의 50% - 1년초과 기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 4 】 장해분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

장기요양시설급여특약(중증)(갱신형)(T1.1) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해: 별표 3 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

나. 장애: 별표 4 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

라. 장기요양보장개시일: 제3조('중증장기요양상태'의 정의)에서 정한 '중증장기요양상태'에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 하며, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 말합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 '중증장기요양상태'로 판정받았을 경우에는 최초계약의 경우 보험계약일, 갱신계약의 경우 갱신일, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일을 장기요양보장개시일로 합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제12조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제16조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '중증장기요양상태'의 정의

이 특약에 있어서 '중증장기요양상태'라 함은 「만65세 이상 노인」 또는 「노인성 질병을 가진 만65세 미만의 자」로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요하다고 판단되어 노인장기요양보험법에 따라 등급판정위원회에서 장기요양 1등급 또는 장기요양 2등급으로 판정받은 경우를 말합니다.

【노인성 질병】

치매·뇌혈관성질환 등 대통령령(노인장기요양보험법 시행령 제2조 및 동시행령 [별표1] '노인성 질병의 종류' 참조)으로 정하는 질병을 말합니다.

제 4 조 '시설급여'의 정의

이 특약에 있어서 '시설급여'라 함은 노인장기요양보험법 제15조(등급판정 등) 등에 의한 장기요양급여수급자(이하 '수급자'라 합니다)가 받을 수 있는 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제2호에서 정한 시설급여로 장기요양기관에 장기간 입소한 수급자에게 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여를 말합니다.

제 5 조 법령 등의 개정에 따른 계약 내용의 변경

① 제3조('중증장기요양상태'의 정의)에서 정한 '중증장기요양상태'의 판정기준 및 제4조('시설급여'의 정의)에서 정한 '시설급여'의 정의가 「노인장기요양보험법」 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 장기요양등급 판정기준 또는 시설급여가 폐지되는 경우

2. 법령의 개정에 따라 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장기요양등급 판정기준, '시설급여'의 정의가 변경되어 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우

【장기요양등급 판정기준이 변경되는 경우 예시】

관련 법령상 「장기요양상태 등급별 장기요양인정점수 기준이 변경되는 경우」 또는 「장기요양등급 판정기준이 현행 1~5등급에서 변경되는 경우」 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성 녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 및 보험료 변경내역 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않을 경우 특약내용 변경일 전일까지 특약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 보험료 및

책임준비금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경일 전일까지 특약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 납입보험료, 보험가입금액 등이 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특약의 효력이 소멸되는 날(이하 '효력소멸일'이라 합니다)의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 책임준비금을 지급합니다.

⑧ 갱신계약의 경우에도 제1항 내지 제7항의 규정을 준용합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 6 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 7 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 장기요양보장개시일 이후에 '중증장기요양상태'로 판정받고 보험기간 중 1일 이상 '시설급여'를 이용하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 중증장기요양 시설급여금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 8 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제

사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제16조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 회사는 피보험자가 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증장기요양 시설급여금을 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 '시설급여' 이용 중에 보험기간이 종료되었을 경우 보험기간 종료일의 다음날 이후에 해당하는 중증장기요양 시설급여금은 지급하지 않습니다.

【보험기간이 종료되었을 경우 중증장기요양 시설급여금 지급 예시】

예1) 최초계약 이후 갱신하지 않은 경우

· 보험기간 : 5년만기

계약일	장기요양 보장개시일	중증장기요양상태 판정일	시설 입소	보험기간 종료	시설 퇴소
	←90일→			보장	
					보험금지급 없음
2021년 9월 1일	2021년 11월 30일	2026년 1월 1일	2026년 8월 15일	2026년 8월 31일	2026년 10월 30일

예2) 최대갱신나이까지 갱신하는 경우

· 보험기간 : 5년만기

· 가입나이 : 60세

· 최대갱신나이 : 100세

계약일	장기요양 보장개시일	중증장기요양상태 판정일	시설 입소	보험기간 종료	시설 퇴소
	←90일→			보장	
					보험금지급 없음
2021년 9월 1일	2021년 11월 30일	2026년 1월 1일	2059년 8월 15일	2061년 8월 31일	2061년 10월 30일

⑥ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑦ 제6항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 4 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합

산한 장해지급률과 최초 장애의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 제1항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑪ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장애 분류표(별표 4 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항 및 제11항의 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑬ 장애분류표(별표 4 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표 4 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 9 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 10 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장애진단서, 장기요양인정서, 장기요양급여비용 명세서, 장기요양급여 제공 기록지 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령, 책임준비금 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관, 또는 노인장기요양보험법 제2조(정의)에서 규정한 장기요양기관에서 발급한 것이어야 합니다. 다만, 장기요양인정서는 노인장기요양보험법 시행규칙 별지 서식에 의해 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
 2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
 3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서
- ④ 제3항에도 불구하고 계약자가 제27조(지정대리청구인의 지정)에서 정한 지정대리청구인을 지정한 경우 회사는 성년후견인이 보험금을 청구하도록 요구할 수 없습니다.

제 11 조 보험금 등의 지급절차

- ① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금의 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 12 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제7조(보험금의 지급사유) 및 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제22조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 13 조 특약의 무효

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
 1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
 2. 피보험자가 제2조(용어의 정의)의 제2호 '라'목에서 정하는 장기요양보장개시일의 전일 이전에 제3조('중증장기요양상태'의 정의)에서 정한 '중증장기요양상태'로 판정받았을 경우
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 이 특약의 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 14 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 특약가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보아, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제25조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 특약가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 15 조 보험나이

- ① 이 특약에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제3조('중증장기요양상태'의 정의)의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

【매년 계약 해당일】

제2차년도 이후 매년의 계약일과 동일한 월, 일.

다만, 해당 월에 동일한 일이 없는 경우에는 해당 월의 말일

- ③ 청약서류상 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 사실과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2018년 4월 13일

⇒ 2018년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 29년 6월 11일 = 보험나이 30세

제 16 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.
 1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 3. 제18조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 17 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제16조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 5년(최초계약의 보험기간이 10년인 경우에는 10년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신 계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 18 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 - 2. 피보험자가 사망한 경우
- ② 제1항 제2호‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제11조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 19 조 특약의 보장개시

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 제3조(‘중증장기요양상태’의 정의)에서 정한 ‘중증장기요양상태’에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 ‘라’목의 장기요양보장개시일로하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.
- ② 갱신계약의 경우 제2조(용어의 정의) 제5호 ‘라’목의 ‘갱신일’을 보장개시일 및 장기요양보장개시일로 합니다.

제 20 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입 기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 21 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급

사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제25조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 22 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 제19조(특약의 보장개시)에도 불구하고 제3조('중증장기요양상태'의 정의)에서 정한 '중증장기요양상태'에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 '라'목에서 정한 장기요양보장개시일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 23 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제25조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 23 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제25조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 24 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제25조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 25 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제23조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 지정대리청구에 관한 사항

제 26 조 지정대리청구 적용대상

이 특약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제 27 조 지정대리청구인의 지정

- ① 계약자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하, '지정대리청구인'이라 합니다)을 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제28조(지정대리청구인의 변경 지정)에 따른 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에 따라 지정대리청구인을 지정하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 지정대리청구인 신청서(회사양식)
 2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
 3. 계약자의 신분증
- ③ 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제26조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제 28 조 지정대리청구인의 변경 지정

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)

2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 계약자의 신분증

제 29 조 지정대리청구인에 의한 보험금 지급의 절차

- ① 지정대리청구인은 제30조(지정대리청구인에 의한 보험금 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제26조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제 30 조 지정대리청구인에 의한 보험금 청구

- ① 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(장기요양인정서, 장기요양급여비용 명세서, 장기요양급여 제공기록지, 장기요양급여제공 확인서 등)
 3. 지정대리청구인의 사진이 붙은 정부기관 발행 주민등록증이나 운전면허증 등
 4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
 5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서(장기요양인정서)는 노인장기요양보험법 시행규칙 별지 서식에 의해 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 관 기타사항 등

제 31 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
중증장기요양 시설급여금	보험기간 중 피보험자가 장기요양보장개시일 이후에 '중증장기요양상태'로 판정받고 보험기간 중 1일 이상 '시설급여'를 이용하였을 경우	이용 1일당 1만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 주1) 및 주2)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제16조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. 장기요양보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 하며, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 말합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 '중증장기요양상태'로 판정받았을 경우에는 최초계약의 경우 보험계약일, 갱신계약의 경우 갱신일, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일을 장기요양보장개시일로 합니다.
5. 피보험자가 장기요양보장개시일의 전일 이전에 '중증장기요양상태'로 판정받았을 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 경우 '이미 납입한 이 특약의 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
6. 회사는 피보험자가 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증장기요양 시설급여금을 지급하지 않습니다.
7. 피보험자가 '시설급여' 이용 중에 보험기간이 종료되었을 경우에는 보험기간 종료일의 다음날 이후에 해당하는 중증장기요양 시설급여금은 지급하지 않습니다.
8. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제25조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
중증장기요양 시설급여금 (제7조), 사망 당시의 책임준비금 (제18조 제5항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제25조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구 일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율 의 50% - 1년초과 기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 4 】 장해분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

장기요양재가급여특약(중등도이상)(갱신형)(T1.1) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제8조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해: 별표 3 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

나. 장애: 별표 4 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

라. 장기요양보장개시일: 제3조('중등도이상 장기요양상태'의 정의)에서 정한 '중등도이상 장기요양 상태'에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 하며, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 말합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 '중등도이상 장기요양상태'로 판정받았을 경우에는 최초계약의 경우 보험계약일, 갱신계약의 경우 갱신일, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일을 장기요양보장개시일로 합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제13조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '중등도이상 장기요양상태'의 정의

이 특약에 있어서 '중등도이상 장기요양상태'라 함은 「만65세 이상 노인」 또는 「노인성 질병을 가진 만 65세 미만의 자」로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요하다고 판단되어 노인장기요양보험법에 따라 등급판정위원회에서 장기요양 1등급, 장기요양 2등급 또는 장기요양 3등급으로 판정받은 경우를 말합니다.

【노인성 질병】

치매·뇌혈관성질환 등 대통령령(노인장기요양보험법 시행령 제2조 및 동시행령 [별표1] '노인성 질병의 종류' 참조)으로 정하는 질병을 말합니다.

제 4 조 '방문 재가급여' 및 '보호 재가급여'의 정의

① 이 특약에 있어서 '방문 재가급여'라 함은 노인장기요양보험법 제15조(등급판정 등) 등에 의한 장기요양급여수급자(이하 '수급자'라 합니다)가 받을 수 있는 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호에서 정한 재가급여 중 다음의 방문요양, 방문목욕, 방문간호를 받는 경우에 지급되는 급여를 말합니다.

1. 방문요양 : 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여
2. 방문목욕 : 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여
3. 방문간호 : 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여

② 이 특약에 있어서 '보호 재가급여'라 함은 노인장기요양보험법 제15조(등급판정 등) 등에 의한 장기요양급여수급자(이하 '수급자'라 합니다)가 받을 수 있는 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호에서 정한 재가급여 중 다음의 주·야간보호, 단기보호를 받는 경우에 지급되는 급여를 말합니다.

1. 주·야간보호 : 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
2. 단기보호 : 수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여

③ 이 특약은 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호에서 정한 재가급여 중 기타 재가급여는 보장하지 않습니다.

제 5 조 '중등도이상 장기요양상태 발생해당일' 및 '발생후 보험월'의 정의

① 이 특약에 있어서 '중등도이상 장기요양상태 발생해당일'이라 함은 제2조(용어의 정의) 제2호 '라'목에

서 정한 장기요양보장개시일 이후에 최초로 제3조('중등도이상 장기요양상태'의 정의)에서 정한 '중등도 이상 장기요양상태'로 판정받은 날(이하 '중등도이상 장기요양상태 발생일'이라 합니다) 및 그 이후부터 한 달씩 경과되는 매월의 '중등도이상 장기요양상태 발생일'에 해당되는 날을 말합니다. 다만, 해당 월의 '중등도이상 장기요양상태 발생일'에 해당되는 날이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 '중등도이상 장기요양상태 발생해당일'로 합니다.

【제5조 제1항의 예시】

· 최초 계약일이 2021년 4월 1일이고, 2021년 8월 31일에 최초로 '중등도이상 장기요양상태'로 판정받았을 경우

☞ 중등도이상 장기요양상태 발생일 : 2021년 8월 31일

☞ 중등도이상 장기요양상태 발생해당일

: 2021년 8월 31일, 2021년 9월 30일, 2021년 10월 31일, ...

② 이 특약에 있어서 '발생후 보험월'이라 함은 당월 '중등도이상 장기요양상태 발생해당일'부터 익월 '중등도이상 장기요양상태 발생해당일'의 전일까지 매 1개월 단위의 월을 말합니다.

【'발생후 보험월' 계산 예시】

· '중등도이상 장기요양상태 발생일'이 4월 10일인 경우 '발생후 보험월'은 4월 10일부터 5월 9일, 5월 10일부터 6월 9일 등의 각 한달을 말합니다.

제 6 조 법령 등의 개정에 따른 계약 내용의 변경

① 제3조('중등도이상 장기요양상태'의 정의)에서 정한 '중등도이상 장기요양상태'의 판정기준 및 제4조('방문 재가급여' 및 '보호 재가급여'의 정의)에서 정한 '방문 재가급여' 또는 '보호 재가급여'의 정의가 「노인장기요양보험법」 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 장기요양등급 판정기준 또는 재가급여가 폐지되는 경우

2. 법령의 개정에 따라 제8조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장기요양등급 판정기준, '방문 재가급여' 또는 '보호 재가급여'의 정의가 변경되어 제8조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우

【장기요양등급 판정기준이 변경되는 경우 예시】

관련 법령상 「장기요양상태 등급별 장기요양인정점수 기준이 변경되는 경우」 또는 「장기요양등급 판정기준이 현행 1~5등급에서 변경되는 경우」 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성 녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 및 보험료 변경내역 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않을 경우 특약내용 변경일 전일까지 특약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경일 전일까지 특약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 납입보험료, 보험가입금액 등이 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특약의 효력이 소멸되는 날(이하 '효력소멸일'이라 합니다)의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 책임준비금을 지급합니다.

⑧ 갱신계약의 경우에도 제1항 내지 제7항의 규정을 준용합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 7 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021. 1. 1 시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 8 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. 다음 각 호의 방문재가지원금 및 보호재가지원금을 합하여 중등도이상 장기요양상태 재가지원금이라 합니다.

1. 보험기간 중 피보험자가 장기요양보장개시일 이후에 '중등도이상 장기요양상태'로 판정받고 보험기간 중 '방문 재가급여'를 이용하였을 경우 : 방문재가지원금 지급('발생후 보험월' 기준 월1회한)
2. 보험기간 중 피보험자가 장기요양보장개시일 이후에 '중등도이상 장기요양상태'로 판정받고 보험기간 중 '보호 재가급여'를 이용하였을 경우 : 보호재가지원금 지급('발생후 보험월' 기준 월1회한)

제 9 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피

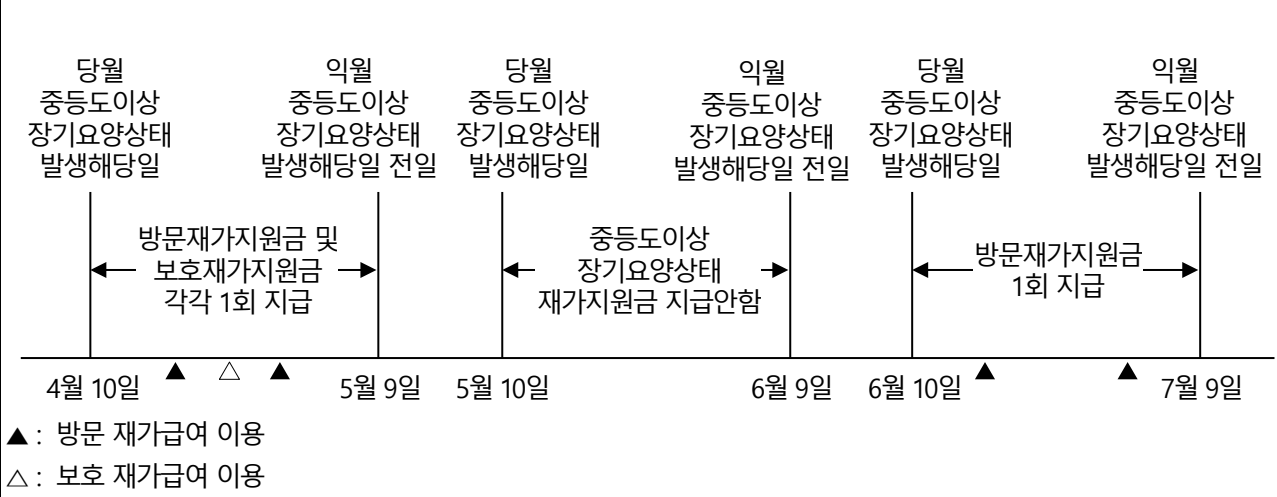
보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제17조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 이 특약은 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호에서 정한 재가급여 중 기타 재가급여는 보장하지 않습니다.

⑤ ‘방문재가지원금’ 및 ‘보호재가지원금’은 ‘발생후 보험월’ 기준 각각 월1회에 한하여 지급합니다.

【중등도이상 장기요양상태 재가지원금 지급 예시】



⑥ 회사는 피보험자가 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등도이상 장기요양상태 재가지원금을 지급하지 않습니다.

⑦ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑧ 제7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 4 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑫ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 4 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제1항 및 제12항의 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑭ 장해분류표(별표 4 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 4 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑮ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제8조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 10 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 11 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 장기요양인정서, 장기요양급여비용 명세서, 장기요양급여 제공 기록지 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령, 책임준비금 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관, 또는 노인장기요양보험법 제2조(정의)에서 규정한 장기요양기관에서 발급한 것이어야 합니다. 다만, 장기요양인정서는 노인장기요양보험법 시행규칙 별지 서식에 의해 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본

2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장

3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

④ 제3항에도 불구하고 계약자가 제28조(지정대리청구인의 지정)에서 정한 지정대리청구인을 지정한 경우 회사는 성년후견인이 보험금을 청구하도록 요구할 수 없습니다.

제 12 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금의 지급 또는 보험료

납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 13 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제8조(보험금의 지급사유) 및 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제23조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 14 조 특약의 무효

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
 1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
 2. 피보험자가 제2조(용어의 정의)의 제2호 '라'목에서 정하는 장기요양보장개시일의 전일 이전에 제3조('중등도이상 장기요양상태'의 정의)에서 정한 '중등도이상 장기요양상태'로 판정받았을 경우
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 이 특약의 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 15 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 특약가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보아, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제26조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 특약가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 16 조 보험나이

- ① 이 특약에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제3조(‘중등도이상 장기요양상태’의 정의)의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

【매년 계약 해당일】

제2차년도 이후 매년의 계약일과 동일한 월, 일.

다만, 해당 월에 동일한 일이 없는 경우에는 해당 월의 말일

- ③ 청약서류상 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 사실과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2018년 4월 13일

⇒ 2018년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 29년 6월 11일 = 보험나이 30세

제 17 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.
 1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 3. 제19조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 18 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제17조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 5년(최초계약의 보험기간이 10년인 경우에는 10년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 19 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 피보험자가 사망한 경우
- ② 제1항 제2호‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

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

③ 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제11조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제12조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 20 조 특약의 보장개시

① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 제3조('중등도이상 장기요양상태'의 정의)에서 정한 '중등도이상 장기요양상태'에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 '라'목의 장기요양보장개시일로하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

② 갱신계약의 경우 제2조(용어의 정의) 제5호 '라'목의 '갱신일'을 보장개시일 및 장기요양보장개시일로 합니다.

제 21 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 22 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로

로 합니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제26조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 23 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

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

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

③ 제1항에도 불구하고 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 제20조(특약의 보장개시)에도 불구하고 제3조('중등도이상 장기요양상태'의 정의)에서 정한 '중등도이상 장기요양상태'에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 '라'목에서 정한 장기요양보장개시일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 24 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제26조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 24 조의 2 위법계약의 해지

① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제26조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 25 조 중대사유로 인한 해지

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하

였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제26조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 26 조 해지환급금

① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제24조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 지정대리청구에 관한 사항

제 27 조 지정대리청구 적용대상

이 특약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제 28 조 지정대리청구인의 지정

① 계약자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하, '지정대리청구인'이라 합니다)을 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제29조(지정대리청구인의 변경 지정)에 따른 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에 따라 지정대리청구인을 지정하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 지정대리청구인 신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 계약자의 신분증

③ 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제27조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제 29 조 지정대리청구인의 변경 지정

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 계약자의 신분증

제 30 조 지정대리청구인에 의한 보험금 지급의 절차

① 지정대리청구인은 제31조(지정대리청구인에 의한 보험금 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제27조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제 31 조 지정대리청구인에 의한 보험금 청구

- ① 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(장기요양인정서, 장기요양급여비용 명세서, 장기요양급여 제공기록지 등)
 3. 지정대리청구인의 사진이 붙은 정부기관 발행 주민등록증이나 운전면허증 등
 4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
 5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서(장기요양인정서)는 노인장기요양보험법 시행규칙 별지 서식에 의해 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 관 기타사항 등

제 32 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭		지 급 사 유	지 급 금 액
중등도이상 장기요양상태 재가지원금	방문 재가지원금	보험기간 중 피보험자가 장기요양 보장개시일 이후에 '중등도이상 장 기요양상태'로 판정받고 보험기간 중 '방문 재가급여'를 이용하였을 경우	이용 1회당 20만원 (단, 발생후 보험월 기준 월 1회에 한함)
	보호 재가지원금	보험기간 중 피보험자가 장기요양 보장개시일 이후에 '중등도이상 장 기요양상태'로 판정받고 보험기간 중 '보호 재가급여'를 이용하였을 경우	이용 1회당 10만원 (단, 발생후 보험월 기준 월 1회에 한함)

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 주1) 및 주2)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제17조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. 장기요양보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 하며, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 말합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 '중등도이상 장기요양상태'로 판정받았을 경우에는 최초계약의 경우 보험계약일, 갱신계약의 경우 갱신일, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일을 장기요양보장개시일로 합니다.
5. 피보험자가 장기요양보장개시일의 전일 이전에 '중등도이상 장기요양상태'로 판정받았을 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 경우 '이미 납입한 이 특약의 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
6. 이 특약은 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호에서 정한 재가급여 중 기타 재가급여는 보장하지 않습니다.
7. '방문재가지원금' 및 '보호재가지원금'은 '발생후 보험월' 기준 각각 월1회에 한하여 지급합니다.
8. 회사는 피보험자가 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등도이상 장기요양상태 재가지원금을 지급하지 않습니다.
9. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항 및 제26조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
중등도이상 장기요양상태 재가지원금(제8조), 사망 당시의 책임준비금 (제19조 제4항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제26조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구 일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율 의 50% - 1년초과 기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 4 】 장해분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

재해보장특약(T2.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관

※ 1종(위험지수 반영)과 2종(위험지수 미반영) 모두 이 약관을 적용합니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 추가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 특성은 다음과 같습니다.

[본인형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

[배우자형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다)로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 주피보험자의 배우자로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우에는 제외합니다)에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 지급합니다.

(4) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

(5) '(3)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 3 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 4 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시 이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 4 조 보험금의 지급사유

회사는 피보험자에게 이 특약의 보험기간 중 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급하여 드립니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 사망할 경우 : 재해사망보험금 지급
2. 피보험자가 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 장해분류표(별표 3 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 경우 : 재해장해급여금 지급

제 5 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다.) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제4조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제17조(특약의 소멸) 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

다만, 제1호가 제4조(보험금의 지급사유)에 적용될 때에는 재해를 직접적인 원인으로 실종선고를 받은

경우에 한하며, 제2호가 제4조(보험금의 지급사유)에 적용될 때에는 수해, 화재나 그 밖의 재난을 원인으로 재해가 발생하여 사망한 것으로 통보하는 경우에 한합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제4조(보험금의 지급사유) 제1호의 '사망'의 원인 및 '재해사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

④ 제1항 및 제4조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항 및 제4조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 3 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항 및 제4조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항 및 제4조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제4조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 제9항 및 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 3 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑫ 제4조(보험금의 지급사유) 제2호에서 다른 재해로 인하여 장해가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 재해장해급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 재해장해급여금에서 이미 지급받은 재해장해급여금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장해분류표(별표 3 참조)의 각 신체부위별 판단기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑬ 제4조(보험금의 지급사유) 제2호에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제12항에 규정하는 장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해에 대한 재해장해급여금이 지급된 것으로 보고 최종 장해상태에 해당하는 재해장해급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 재해장해급여금을 빼고 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 재해장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 위 제1호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 재해장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 재해장해급여금이 지급되지 않았던 장해

【제5조 제13항 제1호관련 사례】

보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률 20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 재해

로 그 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%) 지급하는 재해장해급여금?

➔ 보험가입 후 발생한 재해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 뺀 10%에 해당 하는 재해장해급여금을 지급합니다.

【제5조 제13항 제2호관련 사례】

질병으로 오른쪽 눈의 교정시력이 0.1이하(지급률 15%)가 된 피보험자가 이후에 재해로 그 오른쪽 눈의 교정시력이 0.02이하(지급률 35%)가 된 경우 지급하는 재해장해급여금?

➔ 장해지급률 35%에서 질병으로 인한 장해지급률 15%를 뺀 20%에 해당하는 재해장해급여금을 지급합니다.(이 특약은 재해로 인한 장해를 보장하며 질병으로 인한 장해지급률 15%는 지급하지 않습니다.)

※ 재해장해급여금은 특약가입금액×지급률로 계산하여 지급합니다.

⑭ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

⑮ 제1항, 제9항, 제10항, 제14항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑯ 장해분류표(별표 3 참조) 에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 3 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 6 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 제4조(보험금의 지급사유) 제1호의 재해사망보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 7 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령, 책임준비금 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

- ② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.
1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
 2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
 3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서
- ③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조 보험금 등의 지급절차

- ① 회사는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 지급, 책임준비금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에 따라 보험금 및 책임준비금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 제1항의 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의거부 등 계약자, 피보험자(가입자녀) 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제17항에 따라 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급 제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전 해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
- ⑤ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제 9 조 보험금 받는 방법의 변경

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제4조(보

험금의 지급사유)에 따른 재해사망보험금 및 재해장해급여금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 '평균공시이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 10 조 계약 전 알릴 의무

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

【계약 전 알릴 의무】

상법 제651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약서에 보험회사가 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

제 11 조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

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

1. 회사가 특약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 특약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때

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

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

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

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

【계약 전 알릴 의무 위반 사례】

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제 12 조 피보험자의 직업 및 직무 등의 변경 통지의무 및 위반의 효과[단, 1종(위험지수 반영)에 한함]

① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경(이하 '직업 또는 직무 등의 변경'이라 합니다)이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
 - 가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
 - 나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
 - 다. 현재의 직업을 그만둔 경우
 - 라. 새로운 직업 또는 직무에 추가로 종사하게 된 경우

【직업】

- (1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
- (2) '(1)'에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함
예) 학생, 미취학아동, 무직 등

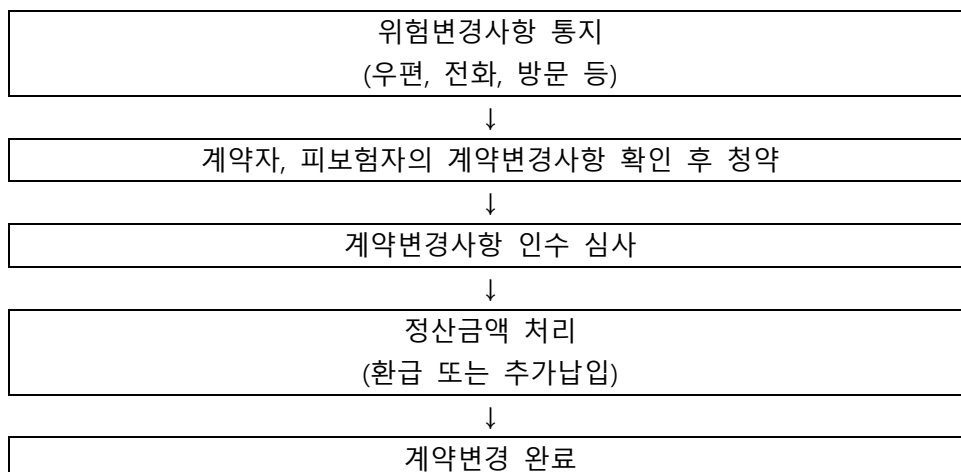
【직무】

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 계약내용을 변경할 수 있습니다.

【위험변경에 따른 계약변경 절차】



③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 다음과 같이 처리하며 계약자는 변경후 직업 또는 직무 위험등급에 해당하는 보험료를 납입하여야 합니다.

1. 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 '이후 기간 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에서 정한 방법에 따라 계산하며, 이하 '정산금액'이라 합니다)'을 회사가 그 변경사실을 안 날부터 3영업일 이내에 돌려 드립니다

다.(다만, 통지된 내용에 대하여 확인이 필요한 경우에는 통지를 받은 날부터 10영업일 이내에 돌려드립니다)

2. 계약내용을 변경할 때 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날 또는 회사가 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 정산금액을 금액을 추가로 청구합니다.

④ 계약자가 직업 또는 직무 등의 변경으로 인하여 증가된 위험에 따라 변경된 보험료(제3항 제2호에서 정한 정산금액을 포함합니다)를 납입하지 않고 보험사고가 발생한 경우, 회사는 산출방법서에 정한 방법에 따라 교통재해 이외의 재해로 인한 재해사망보험금 및 재해장해급여금을 변경전·후의 직종위험등급별 위험지수 비율로 삭감하여 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 발생이 직업 또는 직무 등의 변경으로 인하여 증가된 위험과 관계가 있음을 회사가 증명하지 못할 경우에는 보험금을 삭감하여 지급하지 않습니다.

⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항에서 정한 피보험자의 직업 또는 직무 등의 변경 사실을 회사에 알리지 않고, 피보험자의 위험이 증가된 경우에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제3항 내지 제5항에도 불구하고 특약 체결 후 피보험자의 직업 또는 직무 등의 변경으로 피보험자의 위험이 현저하게 증가 하였음에도, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항의 직업 또는 직무 등의 변경 통지를 하지 않은 경우에는 회사는 보험금지급사유 발생의 여부와 관계없이 그 변경사실을 안 날로부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다. 이 경우 회사는 해지환급금을 지급합니다.

⑦ 제6항에서 정한 위험이 현저하게 증가한 경우란 변경된 피보험자의 직업 또는 직무 등의 변경이 특약의 인수 및 유지에 영향을 미칠 수 있는 경우를 말합니다.

⑧ 제6항에 따른 특약의 해지가 보험사고 발생 후에 이루어진 경우에는 제4항 내지 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑨ 제1항 내지 제8항과 관련하여 피보험자가 두 가지 이상의 직업 또는 직무에 종사하고 있는 경우에는 그 중 높은 위험의 직업 또는 직무를 적용합니다.

【직업 및 직무 등의 변경시 보험료 변경】

피보험자가 제1항 각 호에 따라 직업 또는 직무 등을 변경하였을 경우에는 변경된 위험등급에 따라 보험료를 달리하여 적용합니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제 13 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.

③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제5조(보험금 지급에 대한 세부규정) 제1항에 따라 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제21조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 14 조 특약의 무효

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 특약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우

다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 특약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

2. 만 15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 특약의 경우

다만, 심신박약자(心神薄弱者)가 특약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 특약이 유효합니다.

3. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우

2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 15 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 16 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 17 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

2. 피보험자가 사망한 경우

② 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [본인형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항

제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

③ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [배우자형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망한 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하며 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제8조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 18 조 특약의 보장개시

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 19 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 20 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계

약자에게 지급합니다.

제 21 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 22 조 '계약자의 임의해지' 및 '피보험자의 서면동의 철회권'

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제14조(특약의 무효) 제1항에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 특약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래에 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 특약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 22 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제24조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 23 조 중대사유로 인한 해지

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

는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 24 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제22조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 7 관 기타사항 등

제 25 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
재해사망보험금	피보험자가 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 사망한 경우	1,000만원
재해장해급여금	피보험자가 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 장해분류표(별표 3 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 경우	1,000만원 × 해당 장해지급률

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.
3. 피보험자가 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
4. 피보험자가 보험기간 중 재해 이외의 원인으로 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
5. 보험기간 중에 피보험자의 직업 또는 직무 등의 변경으로 인하여 증가된 위험에 따라 변경된 보험료 및 정산금액을 납입하지 않았을 경우 산출방법서에서 정한 방법에 따라 교통재해 이외의 재해로 인한 재해사망보험금 및 재해장해급여금을 변경전 · 후의 직종위험등급별 위험지수 비율로 삭감하여 지급합니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제24조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
재해사망보험금 및 재해장해급여금 (제4조 제1호 및 제2호) 사망당시의 책임준비금 (제17조 제4항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제24조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 제8조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】 장해분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 4 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

재해수술추상골절특약(T13.2) 무배당[본인형, 부모형] 약관

※ 1종(위험지수 반영)과 2종(위험지수 미반영) 모두 이 약관을 적용합니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 득실은 다음과 같습니다.

[본인형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

[부모형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 부모 또는 조부모(이하 '부모 또는 조부모'라 합니다)(직계존속 포함) 중 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 주피보험자의 부모 또는 조부모(직계존속 포함) 중 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 3 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 4 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 재해골절의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 '재해골절'이라 함은 재해로 인하여 뼈의 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로써 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '재해골절 분류표'(별표 5 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 치아의 파절(분류번호 S02.5)은 제외됩니다.

② 재해골절의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

제 4 조 수술의 정의와 장소

① 이 특약에 있어서 '수술'이라 함은 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 재해로 인한 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서, 의사의 관리하에 수술을 받는 경우를 말합니다.

② 제1항에서 '수술'은 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 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) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '수술'에서 제외합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 5 조 '현저한 추상(추한 모습)', '추상(추한 모습)'의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 '현저한 추상(추한 모습)'이라 함은 재해로 인하여 두부 또는 안면부에 최대 길이 10cm 이상 또는 직경 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터) 또는 조직함몰이 된 경우로서 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 하여도 더 이상 반흔(흉터)이나 함몰이 없어지지 않는다는 의사의 진단이 있는 경우를 말합니다.

② 이 특약에 있어서 '추상(추한 모습)'이라 함은 재해로 인하여 두부 또는 안면부에 최대 길이 5cm 이상 10cm 미만 또는 직경 2cm 이상 5cm 미만의 추상반흔(추한 모습의 흉터) 또는 조직함몰이 된 경우로서 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 하여도 더 이상 반흔(흉터)이나 함몰이 없어지지 않는다는 의사의 진단이 있는 경우를 말합니다.

③ '현저한 추상(추한 모습)' 및 '추상(추한 모습)'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제 6 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1.시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정

된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 7 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 재해골절로 진단 확정되었을 경우(1회당): 골절진단자금 지급
2. 피보험자가 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 수술을 받았을 경우(1회당): 재해수술자금 지급
3. 피보험자가 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 ‘현저한 추상(추한 모습)’ 또는 ‘추상(추한 모습)’으로 진단이 확정되었을 경우(1회당): 성형치료자금 지급

제 8 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 ‘장해분류표’(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, ‘장해분류표’(별표 3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 ‘장해분류표’(별표 3 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑥ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑦ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는

각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 '장애분류표'(별표 3 참조)의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만 '장애분류표'(별표 3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제1항 및 제7항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑨ 회사는 보험기간 중 피보험자가 동일 재해로 인하여 두 가지 이상의 골절(복합골절) 상태가 되더라도 골절진단자금은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 골절진단자금을 지급하지 않습니다.

⑩ 제7조(보험금의 지급사유) 제3호의 경우 재해로 인하여 두부 또는 안면부에 추상반흔(추한 모습의 흉터) 또는 조직함몰이 되어 그 상태가 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 보험금 지급여부를 결정합니다.

⑪ 제10항에 따라 보험금 지급여부를 결정하였으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일부터 1년 이내)에 상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 상태를 기준으로 보험금 지급여부를 결정합니다.

⑫ 제7조(보험금의 지급사유) 제3호의 경우 피보험자가 동일한 재해로 인하여 두부 또는 안면부에 두 가지 이상의 추상(추한 모습) 또는 현저한 추상(추한 모습)을 입었을 경우 하나의 보험사고로 보고 그 상태를 기준으로 성형치료자금을 지급합니다.

⑬ 제7조(보험금의 지급사유) 제3호에서 다른 재해로 인하여 추상(추한 모습) 또는 현저한 추상(추한 모습)이 2회 이상 발생하였을 경우에는 각각 다른 보험사고로 보고 그 때마다 이에 해당하는 성형치료자금을 각각 지급합니다.

⑭ '장애분류표'(별표 3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 '장애분류표'(별표 3 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑮ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 및 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 9 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 10 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 골절진단서, 수술확인서, 장해진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령, 책임준비금 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.
1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
 2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
 3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서
- ③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 11 조 보험금 등의 지급절차

- ① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 지급, 책임준비금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금 및 책임준비금 등을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 12 조 계약 전 알릴 의무

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

【계약 전 알릴 의무】

상법 제651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약시에 보험회사가 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

제 13 조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제12조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
1. 회사가 특약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 특약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)

에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)

5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때

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

- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약 해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제26조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

- ④ 제12조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

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

【계약 전 알릴 의무 위반 사례】

계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제 14 조 피보험자의 직업 및 직무 등의 변경 통지의무 및 위반의 효과[단, 1종(위험지수 반영)에 한함]

- ① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경(이하 ‘직업 또는 직무 등의 변경’이라 합니다)이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경

- 가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
- 나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
- 다. 현재의 직업을 그만둔 경우
- 라. 새로운 직업 또는 직무에 추가로 종사하게 된 경우

【직업】

- (1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
- (2) ‘(1)’에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함
예) 학생, 미취학아동, 무직 등

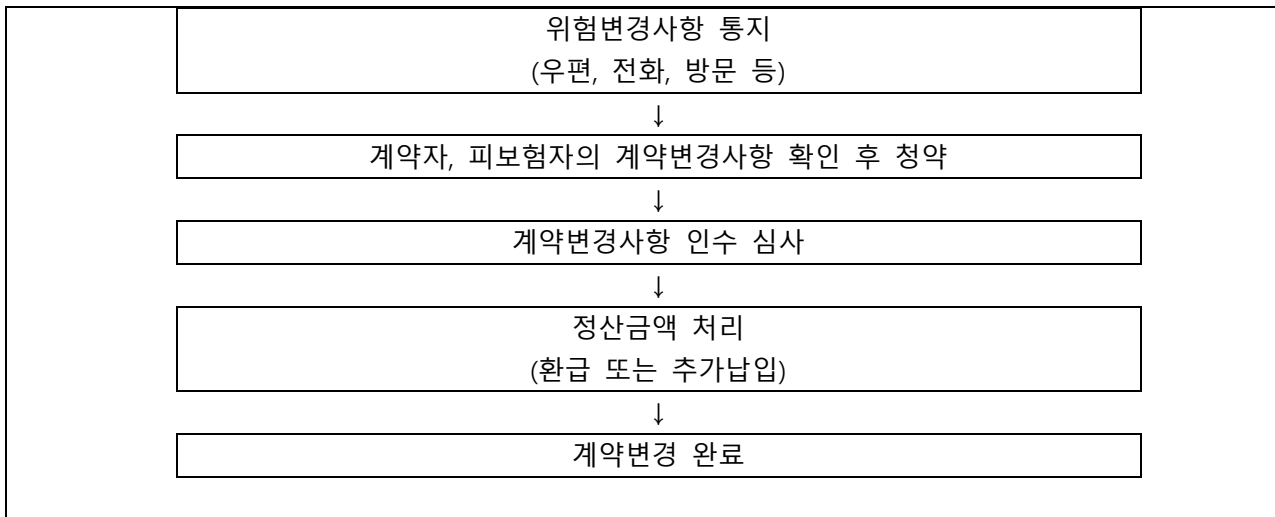
【직무】

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

- 2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
- 3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
- 4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우

- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 계약내용을 변경할 수 있습니다.

【위험변경에 따른 계약변경 절차】



- ③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 다음과 같이 처리하며 계약자는 변경후 직업 또는 직무 위험등급에 해당하는 보험료를 납입하여야 합니다.
1. 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 '이후 기간 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에서 정한 방법에 따라 계산하며, 이하 '정산금액'이라 합니다)'을 회사가 그 변경사실을 안 날부터 3영업일 이내에 돌려 드립니다.(다만, 통지된 내용에 대하여 확인이 필요한 경우에는 통지를 받은 날부터 10영업일 이내에 돌려 드립니다)
 2. 계약내용을 변경할 때 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날 또는 회사가 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 정산금액을 금액을 추가로 청구합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 특약 체결 후 피보험자의 직업 또는 직무 등의 변경으로 피보험자의 위험이 현저하게 증가 하였음에도, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항의 직업 또는 직무 등의 변경 통지를 하지 않은 경우에는 회사는 보험금지급사유 발생의 여부와 관계없이 그 변경사실을 안 날로부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다. 이 경우 회사는 해지환급금을 지급합니다.
- ⑤ 제4항에서 정한 위험이 현저하게 증가한 경우란 변경된 피보험자의 직업 또는 직무 등의 변경이 특약의 인수 및 유지에 영향을 미칠 수 있는 경우를 말합니다.
- ⑥ 제1항 내지 제5항과 관련하여 피보험자가 두 가지 이상의 직업 또는 직무에 종사하고 있는 경우에는 그 중 높은 위험의 직업 또는 직무를 적용합니다.

【직업 및 직무 등의 변경시 보험료 변경】

피보험자가 제1항 각 호에 따라 직업 또는 직무 등을 변경하였을 경우에는 변경된 위험등급에 따라 보험료를 달리하여 적용합니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제 15 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 부모형 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제8조(보험금의 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최

고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제23조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 16 조 특약의 무효

① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우

2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 17 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제26조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초 가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 18 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 19 조 특약의 소멸

① 다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

2. 피보험자가 사망한 경우

② 제1항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [본인형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [부모형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

⑤ 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더

이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

⑥ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하며 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

⑦ 제6항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제11조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 20 조 특약의 보장개시

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 21 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 22 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제26조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 23 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한

하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 24 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제26조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 24 조의 2 위법계약의 해지

① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제26조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 25 조 중대사유로 인한 해지

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제26조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 26 조 해지환급금

① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이

자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제24조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 7 관 기타사항 등

제 27 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준: 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
골절진단자금	피보험자가 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 재해골절로 진단 확정되었을 경우	1회당 30만원
재해수술자금	피보험자가 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 수술을 받았을 경우	1회당 50만원
성형치료자금	피보험자가 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 '현저한 추상(추한 모습)'으로 진단이 확정되었을 경우	1회당 300만원
	피보험자가 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 '추상(추한 모습)'으로 진단이 확정되었을 경우	1회당 200만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 '장해분류표'(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
3. 회사는 보험기간 중 피보험자가 동일 재해로 인하여 2가지 이상의 골절(복합골절) 상태가 되더라도 골절진단자금은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 골절진단자금을 지급하지 않습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제26조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
골절진단자금, 재해수술자금, 성형치료자금(제7조), 사망당시의 책임준비금 (제19조 제6항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제26조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내: 평균공시이율의 50% - 1년초과 기간: 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】 장해분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 4 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 5 】

재해 골절(骨折) 분류표

이 약관에서 규정하는 재해골절로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 것을 말합니다. 또한, 뼈의 외상성 절단의 경우도 보장합니다.

분 류 항 목	분류번호
두개골 및 안면골의 골절(치아의 파절 제외)	S02(S02.5는 제외)
목의 골절	S12
늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
요추 및 골반의 골절	S32
어깨 및 위팔의 골절	S42
아래팔의 골절	S52
손목 및 손부위의 골절	S62
대퇴골의 골절	S72
발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
발목을 제외한 발의 골절	S92
여러 신체부위를 침범한 골절	T02
척추의 상세불명 부위의 골절	T08
팔의 상세불명 부위의 골절	T10
다리의 상세불명 부위의 골절	T12
상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 항목에 해당하는지 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

정기사망보장특약(K13.2) 무배당[본인형, 배우자형, 부모형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 득실은 다음과 같습니다.

[본인형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

[배우자형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다)로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 주피보험자의 배우자로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우에는 제외합니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 지급합니다.

(4) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

(5) '(3)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

[부모형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 부모 또는 조부모(이하 '부모 또는 조부모'라 합니다)(직계존속 포함) 중 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 주피보험자의 부모 또는 조부모(직계존속 포함) 중 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 3 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 4 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1.시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 4 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 보험수익자에게 사망보험금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 5 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제4조(보험금의 지급사유) '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제4조(보험금의 지급 사유)의 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ④ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 3 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.
- ⑨ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 3 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 3 참조)의 각 신체부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
- ⑩ 제1항 및 제9항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.
- ⑪ 장해분류표(별표 3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 3 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
- ⑫ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 6 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우

특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급합니다.

나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 7 조 보험금의 청구

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.
 1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
 2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
 3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서
- ③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조 보험금의 지급절차

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에 따라 보험금 등을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 9 조 보험금 받는 방법의 변경

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 10 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형, 배우자형 또는 부모형 중 선택하여 청약하여야 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액

제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제18조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 11 조 특약의 무효

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 특약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우

다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 특약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

2. 만 15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 특약의 경우

다만, 심신박약자(心神薄弱者)가 특약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 특약이 유효합니다.

3. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

② 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우

2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 12 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 13 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 14 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

2. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우

② 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [본인형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

③ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [배우자형] 또는 [부모형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 15 조 특약의 보장개시

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 16 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 17 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날 까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신확인을 하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우

편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 18 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

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

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

③ 제1항에도 불구하고 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 19 조 '계약자의 임의해지' 및 '피보험자의 서면동의 철회권'

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제11조(특약의 무효) 제1항에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 특약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래에 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의의 철회로 특약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 19 조의 2 위법계약의 해지

① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제21조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 20 조 중대사유로 인한 해지

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우

2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 21 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제19조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 22 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준: 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
사망보험금	보험기간 중 피보험자가 사망한 경우	1,000만원

주) 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제21조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
사망보험금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제21조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과 기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】 장애분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 4 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

주요성인질병입원특약(갱신형)(T2.2) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 4 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 5 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 이 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제11조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제14조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '주요성인질병'의 정의 및 진단 확정

- ① 이 특약에 있어서 '주요성인질병'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 주요성인질병 분류표(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 주요성인질병의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

제 4 조 입원의 정의와 장소

이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의사에 의하여 주요성인질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 5 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021. 1. 1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 6 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 주요성인질병으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 주요성인질병 입원급여금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 7 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 최초계약의 경우 계약일부터 1년 미만에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 주요성인질병 입원급여금의 50%를 지급합니다. 다만, 최초 입원일이 계약일로부터 1년 미만에 발생하였다 하더라도 입원일이 계약일로부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만 기간의 주요성인질병 입원급여금은 50%를 지급하며, 1년 이후 기간의 주요성인질병 입원급여금은 100%를 지급합니다.

【예시】

계약일 : 2016년 5월 2일, 입원일 : 2017년 4월 20일부터 2017년 5월 10일,
 특약가입금액이 1,000만원이고, 주요성인질병을 원인으로 입원한 경우
 ⇒ 2017년 5월 1일까지는 5천원, 2017년 5월 2일부터는 1만원을 기준으로 계산하여 주요성인질병 입원급여금을 지급합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 갱신계약의 경우 계약체결 후 1년 미만의 보험금 감액과 관련한 사항은 적용하지 않습니다.

⑥ 주요성인질병 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.

⑦ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 하여 입원을 2회 이상 한 경우(이전(移轉)하여 입원한 경우도 포함합니다)에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하고 제6항을 적용합니다. 그러나, 동일한 질병에 의한 입원이라도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

1. 주요성인질병 입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과한 날부터 개시한 입원
2. 주요성인질병 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 퇴원없이 계속 입원하여 180일이 경과한 날부터의 입원

【제7조 제7항 제2호 관련 보장기간 예시】

	3일	퇴원없이 계속 입원		3일	...
		보장일수(120일)	보장제외(180일)		
최초 입원일	최초 입원일 + 3일	주요성인질병 입원급여금이 지급된 최종입원일		보장재개일	

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 주요성인질병 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 피보험자가 주요성인질병 입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제6항에 따라 계속 주요성인질병 입원급여금을 지급합니다.

⑩ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑪ 제10항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 4 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급

를만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑭ 제1항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 합니다.

⑮ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장애 분류표(별표 4 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑯ 제1항 및 제15항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다..

⑰ 장애분류표(별표 4 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표 4 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑱ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9. 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진단서(병명기입), 입원치료확인서, 사망진단서, 장애진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 책임준비금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본

2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서
- ③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 10 조 보험금 등의 지급절차

- ① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제6조(보험금의 지급사유) 및 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제20조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 12 조 특약의 무효

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 13 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 14 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 - 1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
 - 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 - 3. 제16조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 15 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제14조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년(최초계약의 보험기간이 20년인 경우에는 20년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 16 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 - 2. 피보험자가 사망한 경우
- ② 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제10조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 17 조 특약의 보장개시

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 18 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ③ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입 기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 19 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 20 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 21 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 21 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 22 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 23 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제21조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 24 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액	
		경과기간	
주요성인질병 입원급여금	피보험자가 보험기간 중 '주요성인질병'으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 입원하였을 경우	1년 미만	3일 초과 1일당 5천원
		1년 이상	3일 초과 1일당 1만원

- 주) 1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약체결 후 1년 미만의 보험금 감액과 관련한 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
2. 지급금액의 경과기간은 보험계약일부터 입원일까지의 경과기간입니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
4. 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다.) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
5. 주3) 및 주4)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
6. 주요성인질병 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
7. '주요성인질병'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 주요성인질병 분류표(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
8. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
주요성인질병 입원급여금 (제6조), 사망 당시의 책임준비금 (제16조 제4항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기 간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하
 지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되
 지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을
 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에
 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

주요성인질병 분류표

이 약관에서 규정하는 주요성인질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
[결핵]	
세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기결핵	A15
세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기결핵	A16
신경계통의 결핵	A17†
기타 기관의 결핵	A18
좁쌀결핵	A19
[바이러스 감염]	
급성 A형간염	B15
급성 B형간염	B16
기타 급성 바이러스간염	B17
만성 바이러스간염	B18
상세불명의 바이러스간염	B19
[갑상선의 장애]	
요오드결핍과 관련된 갑상선장애 및 동류의 병태	E01
무증상 요오드결핍성 갑상선기능저하증	E02
기타 갑상선기능저하증	E03
기타 비독성 고이터	E04
갑상선독증[갑상선기능항진증]	E05
갑상선염	E06
갑상선의 기타 장애	E07
[당뇨병]	
1형 당뇨병	E10
2형 당뇨병	E11
영양실조-관련 당뇨병	E12
기타 명시된 당뇨병	E13
상세불명의 당뇨병	E14
[수정체의 장애]	
노년백내장	H25
기타 백내장	H26
[급성 류마티스열]	
심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00

대상이 되는 질병	분류번호
심장 침범이 있는 류마티스열	I01
류마티스무도병	I02
[만성 류마티스심장질환]	
류마티스성 승모판질환	I05
류마티스성 대동맥판질환	I06
류마티스성 삼첨판질환	I07
다발판막질환	I08
기타 류마티스심장질환	I09
[고혈압성 질환]	
본태성(원발성) 고혈압	I10
고혈압성 심장병	I11
고혈압성 신장병	I12
고혈압성 심장 및 신장병	I13
이차성 고혈압	I15
[허혈심장질환]	
협심증	I20
급성 심근경색증	I21
후속심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
기타 급성 허혈심장질환	I24
만성 허혈심장병	I25
[폐성 심장병 및 폐순환의 질환]	
폐색전증	I26
기타 폐성 심장질환	I27
폐혈관의 기타 질환	I28
[기타 형태의 심장병]	
급성 심장막염	I30
심장막의 기타 질환	I31
달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32*
급성 및 아급성 심내막염	I33
비류마티스성 승모판장애	I34
비류마티스성 대동맥판장애	I35
비류마티스성 삼첨판장애	I36
폐동맥판장애	I37
상세불명 판막의 심내막염	I38

대상이 되는 질병	분류번호
달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39*
급성 심근염	I40
달리 분류된 질환에서의 심근염	I41*
심근병증	I42
달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43*
방실차단 및 좌각차단	I44
기타 전도장애	I45
심장정지	I46
발작성 빈맥	I47
심방세동 및 조동	I48
기타 심장부정맥	I49
심부전	I50
심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52*
[뇌혈관질환]	
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	I62
뇌경색증	I63
출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
기타 뇌혈관질환	I67
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68*
뇌혈관질환의 후유증	I69
[인플루엔자 및 폐렴]	
달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17*
상세불명 병원체의 폐렴	J18
[만성 하부호흡기질환]	
천식	J45
천식지속상태	J46

대상이 되는 질병	분류번호
[간의 질환]	
알코올성 간질환	K70
독성간질환	K71
달리 분류되지 않은 간부전	K72
달리 분류되지 않은 만성 간염	K73
간의 섬유증 및 경변증	K74
기타 염증성 간질환	K75
간의 기타 질환	K76
달리 분류된 질환에서의 간장애	K77*
[담낭, 담도 및 췌장의 장애]	
담석증	K80
담낭염	K81
급성 췌장염	K85
[골밀도 및 구조장애]	
병적 골절을 동반한 골다공증	M80
[신부전]	
급성 신부전	N17
만성 신장병	N18
상세불명의 신부전	N19

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 기준에 의거하여 상기 '주요성인질병' 중 일부는 아래와 같이 발현(또는 원인) 코드로 동시 진단될 수 있습니다.

주요성인질병 대상코드		발현(또는 원인) 코드	
대상이 되는 질병	분류번호	대상이 되는 질병	분류번호
골 및 관절의 결핵	A18.0†	결핵관절염	M01.1*
		척추의 결핵	M49.0*
		뼈의 결핵	M90.0*
비뇨생식계통의 결핵	A18.1	결핵성 방광염	N33.0*
		자궁경부의 결핵감염	N74.0*
		여성 결핵성 골반염증질환	N74.1*
장, 복막 및 장간막 림프절의 결핵	A18.3	결핵성 복막염	K67.3*
		장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애	K93.0*
미만성 고이터를 동반한 갑상선독증	E05.0	갑상선이상성 안구돌출	H06.2*
달리 분류된 질환에서의 상세불명 판막의 심내막염	I39.8*	칸디다심내막염	B37.6†
달리 분류된 바이러스질환에서의 폐렴	J17.1*	거대세포바이러스폐렴	B25.0†
		폐렴이 합병된 홍역	B05.2†
		수두폐렴	B01.2†
기생충질환에서의 폐렴	J17.3*	폐독소포자충증	B58.3†
달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 간장애	K77.0*	거대세포바이러스간염	B25.1†
		독소포자충간염	B58.1†
달리 분류된 세균성 질환에서의 심장막염	I32.0*주)	수막알균성 심장병	A39.5†
달리 분류된 질환에서의 상세불명 판막의 심내막염	I39.8*주)		
달리 분류된 세균성 질환에서의 심근염	I41.0*주)		
달리 분류된 세균성 질환에서의 기타 심장장애	I52.0*주)		

주) I32.0~I52.0은 약관상 동시에 보장하고 있는 경우만 A39.5†도 보장합니다. 즉, I32.0~I52.0 중 일부만 보장하는 경우 A39.5†는 보장하지 않습니다.

※ 발현코드와 원인코드는 한국표준질병·사인분류 기준에 따라 상기와 같이 정의되며, 원인과 질환에 따라 병행하여 동시에 기재할 수 있습니다. 즉, 발현코드는 원인코드의 부가적인 질병분류번호로서, 다양한 원인 질환(원인코드)과 병행될 수 있습니다.

【 별표 4 】 장애분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 5 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

중환자실입원특약(갱신형)(T3.4) 무배당[본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 특실은 다음과 같습니다.

[본인형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

[배우자형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 피보험자의 가족 관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다)로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 주피보험자의 배우자로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우에는 제외합니다)에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 지급합니다.

(4) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

(5) '(3)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 질병 또는 재해: 별표 3 '질병 및 재해분류표'에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

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

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계

약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제12조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제15조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 입원의 정의와 장소

이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)의 규정에 의한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조 중환자실의 정의

이 특약에 있어서 '중환자실(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)(이하 '중환자실'이라 합니다)이라 함은 의료법 제36조(준수사항) 제1호 및 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 별표4(의료기관의 시설규격)의 중환자실에 부합하는 입원치료실(별표 4 참조)을 말합니다.

제 5 조 법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경

① 제4조(중환자실의 정의)의 중환자실의 기준이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 '중환자실' 제도가 폐지되는 경우

2. 법령의 개정에 따라 '중환자실' 제도의 변경으로 제4조(중환자실의 정의)의 중환자실 판정이 불가능한 경우

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성 녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 및 보험료 변경내역 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않을 경우 특약내용 변경일 전일까지 특약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 책임준

비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경일 전일까지 특약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 납입보험료, 보험가입금액 등이 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특약의 효력이 소멸되는 날(이하 '효력소멸일'이라 합니다)의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 책임준비금을 지급합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 6 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 7 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병으로 진단받거나 재해가 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 중환자실에 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 중환자실입원급여금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

※ 상기 질병 또는 재해는 '질병 및 재해분류표'(별표 3 참조)에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

제 8 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

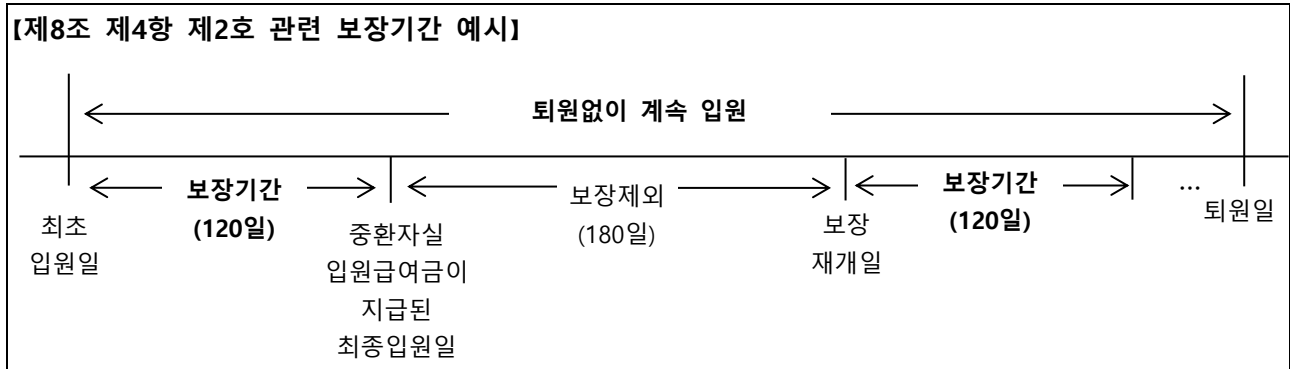
② 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제15조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 중환자실입원급여금의 지급일수는 중환자실에 입원한 일수만을 합산하여 계산하며, 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱

신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.

④ 피보험자가 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하여 중환자실에 입원을 2회 이상 한 경우(이전(移轉)하여 입원한 경우도 포함합니다)에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하고 제3항을 적용합니다. 그러나, 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 다음 각 호의 1에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

1. 중환자실입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과한 날부터 개시한 입원
2. 중환자실입원급여금이 지급된 최종입원일부터 퇴원없이 계속 입원하여 180일이 경과한 날부터의 입원



⑤ 피보험자가 2가지 이상의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하여 중환자실에 입원한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 중환자실입원급여금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 중환자실입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 중환자실입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제3항에 따라 계속 중환자실입원급여금을 지급합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 9 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

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

제 10 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 책임준비금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(입원치료확인서(중환자실 입원기간 기입), 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 또는 책임준비금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수

익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
 2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
 3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서
- ③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 11 조 보험금 등의 지급절차

- ① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급합니다. 다만, 보험금 또는 책임준비금의 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 12 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제21조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 13 조 특약의 무효

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 14 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 15 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 다음과 같이 정합니다.

[본인형]

최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약 해당일 이후인 경우에는 100세 계약 해당일로 합니다.

[배우자형]

최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약 해당일 이후인 경우에는 100세 계약 해당일로 합니다.

- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 3. 제17조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 16 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일로부터 제15조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 3년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 17 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 피보험자가 사망한 경우
- ② 제1항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [본인형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항

제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [배우자형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

⑤ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

⑥ 제5항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제11조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 18 조 특약의 보장개시

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 19 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

③ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입 기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 20 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 21 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 22 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 특약 체결시 피보험자가 태아(胎兒)이며, 출생예정일(특약 체결시 청약서에 기재된 출생예정일 또는 임신 주수를 기준으로 계산된 출생예정일)을 말합니다) 이후부터 태아가 출생하기 전에 계약을 해지하는 경우에는 출생예정일 이후에 납입한 보험료를 계약자에게 지급하여 드립니다.
- ④ 보험료 납입이 면제된 경우, 제3항의 '출생예정일 이후에 납입한 보험료'는 출생예정일 이후에 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ⑤ 제3항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제 22 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제24조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 23 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하

였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 24 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제22조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 25 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
중환자실 입원급여금	보험기간 중 피보험자가 질병으로 진단받거나 재해가 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 중환자실에 입원하였을 경우	중환자실 입원 1일당 3만원 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)

- 주) 1. 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 주1)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제15조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.
4. 중환자실입원급여금의 지급일수는 중환자실에 입원한 일수만을 합산하여 계산하며, 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.
5. 상기 질병 또는 재해는 '질병 및 재해분류표'(별표 3 참조)에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제24조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
중환자실입원급여금 (제7조), 사망 당시의 책임준비금 (제17조 제5항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제24조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구 일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율 의 50% - 1년초과 기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합
니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급
하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급
되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지
급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간
에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

질병 및 재해분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동 장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 질병 및 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용합니다.

【 별표 4 】

의료기관의 시설규격(중환자실)

「의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 별표4(의료기관의 시설규격) 2. 중환자실」의 시설규격은 다음과 같습니다.

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
- 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
- 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
- 라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료를 갖추어야 한다.
- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
- 자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
- 차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
- 카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 준용합니다.

첫날부터 암직접치료입원특약(요양병원제외)(갱신형)(T3.2) 무배당
[본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제10조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 특성은 다음과 같습니다.

[본인형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

[배우자형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결 시 주계약 피보험자의 가족 관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다)로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결 시 주계약 주피보험자의 배우자로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우에는 제외합니다)에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제27조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

(4) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

(5) '(3)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해: 별표 6 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

나. 장해: 별표 7 '장해분류표'에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

라. 암보장개시일: 제3조(암 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암' 및 같은 조 제3항에서 정한 '갑상선암'에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효

력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제15조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 암 등의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외]'(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물), 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물), 제4조(대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암' 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 암, 기타피부암 및 갑상선암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 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 때(암이 전신으로 전이되어 조직검사가 불가능한 경우나 피보험자가 사망한 경우 등을 말합니다)에는 피보험자가 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도

C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제 4 조 대장점막내암의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.
- ② 대장점막내암의 진단확정은 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때(암이 전신으로 전이되어 조직검사가 불가능한 경우나 피보험자가 사망한 경우 등을 말합니다)에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다.

제 5 조 제자리암의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 '제자리암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)'(별표 4 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제4조(대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 제외합니다.
- ② 제자리암의 진단확정은 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 6 조 경계성종양의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 '경계성종양'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'(별표 5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 경계성종양의 진단확정은 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 7 조 입원의 정의와 장소

이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)의 규정에 의한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인한 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(다만, 의료법 제3조(의료기관) 중 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 8 조 '암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료'의 정의

- ① '암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료'(이하 '암 등의 직접적인 치료'라 합니다)라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 '암의 제거 및 증식 억제 치료'라 합니다)를 말합니다.

- ② '암 등의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ '암 등의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암 등의 직접적인 치료'로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. '암의 제거 및 증식 억제 치료'를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. '암의 제거 및 증식 억제 치료'를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제 9 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 10 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암 또는 갑상선암은 암보장개시일) 이후에 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고, 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 '암직접치료입원급여금'(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 11 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 7 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입

면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제18조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 제10조(보험금의 지급사유)의 암직접치료입원급여금의 경우 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.

⑤ 피보험자가 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우(이전(移轉)하여 입원한 경우도 포함합니다)에는 각각 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하고 제4항을 적용합니다. 그러나, 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양에 의한 입원이라도 다음 각 호의 1에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

1. 암직접치료입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과한 날부터 개시한 입원
2. 암직접치료입원급여금이 지급된 최종입원일로부터 퇴원 없이 계속 입원하여 180일이 경과한 날부터의 입원

【제11조 제5항 제2호 관련 보장기간 예시】			
	퇴원 없이 계속 입원		
	보장일수(120일)	보장제외 (180일)	보장일수(120일)
최초입원일	암직접치료입원급여금이 지급된 최종입원일		보장재개일

⑥ 피보험자가 암직접치료입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제4항에 따라 암직접치료입원급여금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 두 가지 이상의 질병으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 1일이상 입원한 경우에는 가장 높은 암직접치료입원급여금을 지급하며 암직접치료입원급여금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 암직접치료입원급여금을 지급합니다. 다만, 두 가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입원한 때에는 회사는 암직접치료입원급여금을 지급하지 않습니다.

⑩ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 7 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑪ 제10항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 7 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에

대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑮ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해 분류표(별표 7 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 7 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 제1항 및 제15항의 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑰ 장해분류표(별표 7 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 7 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑱ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제10조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 12 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 13 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 입원치료확인서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령, 책임준비금 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본

2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장

3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의

의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 14 조 보험금 등의 지급절차

- ① 회사는 제13조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금의 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 15 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제10조(보험금의 지급사유) 및 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제24조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 16 조 특약의 무효

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
 1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
 2. 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(암 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암' 또는 같은 조 제3항에서 정한 '갑상선암'으로 진단이 확정된 경우
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 17 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약

의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제27조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액 시 해지환급금 등은 최초가입 시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 18 조 특약의 갱신

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 다음과 같이 정합니다.

[본인형]

최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약 해당일 이후인 경우에는 100세 계약 해당일로 합니다.

[배우자형]

최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약 해당일 이후인 경우에는 100세 계약 해당일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 19 조 특약의 보험기간

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일로부터 제18조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 20 조 특약의 소멸

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

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우

② 제 1 항 제 2 호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [본인형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [배우자형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항

제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

⑤ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

⑥ 제5항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제13조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산등에 관한 사항은 제14조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 21 조 특약의 보장개시

① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 제3조(암 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암' 또는 같은 조 제3항에서 정한 '갑상선암'에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 '라'목의 '암보장개시일'로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

② 갱신계약의 경우는 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일 및 암보장개시일로 합니다.

제 22 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

③ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 23 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제27조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 24 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 암보장개시일은 제21조(특약의 보장개시)에도 불구하고 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 25 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제27조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 25 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제27조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 26 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제27조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 27 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제25조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 28 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
암직접치료 입원급여금	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 암 또는 갑상선암으로 진단이 확정되고, 그 암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우	1일당 5만원 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)
	보험기간 중 피보험자가 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고, 그 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우	1일당 2만원 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 7 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 주1) 및 주2)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제18조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.
5. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
6. 암직접치료입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
7. 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입원한 때에는 회사는 암직접치료입원급여금을 지급하지 않습니다.
8. '대장점막내암'(제4조(대장점막내암의 정의 및 진단확정) 참조)은 '제자리암'(제5조(제자리암의 정의 및 진단확정) 참조)에 포함되지 않습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제14조 제2항 및 제27조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
암직접치료입원급여금 (제10조), 사망당시의 책임준비금 (제20조 제5항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제27조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일 까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과 기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산 시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외]

이 약관에서 규정하는 악성 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 ~ C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45 ~ C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51 ~ C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60 ~ C63
10. 요로의 악성 신생물	C64 ~ C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76 ~ C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81 ~ C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

※ '소화기관의 악성 신생물(C15~C26)'의 경우 제4조(대장점막내암의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '대장 점막내암'은 제외합니다.

【 별표 4 】

제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

이 약관에서 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
제자리흑색종	D03
피부의 제자리암종	D04
유방의 제자리암종	D05
자궁경부의 제자리암종	D06
기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

- ※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ※ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제4조(대장점막내암의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '대장점막내암'은 제외됩니다.

【 별표 5 】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

이 약관에서 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 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. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물 (만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유 증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 제외)	D47 (단, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5는 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

- ※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

【 별표 6 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 7 】 장해분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

첫날부터 요양병원암입원특약(갱신형)(T2.4) 무배당[본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제10조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 특성은 다음과 같습니다.

[본인형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

[배우자형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결 시 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다)로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결 시 주계약 주피보험자의 배우자로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우에는 제외합니다)에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제 26조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

(4) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

(5) '(3)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

2. 지급사유 관련 용어

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

나. 암보장개시일: 제3조(암 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암' 및 같은 조 제3항에서 정한 '갑상선암'에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제15조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 암 등의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외]'(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물), 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물), 제4조(대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암' 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 암, 기타피부암 및 갑상선암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 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 때(암이 전신으로 전이되어 조직검사가 불가능한 경우나 피보험자가 사망한 경우 등을 말합니다)에는 피보험자가 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도

제 4 조 대장점막내암의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.
- ② 대장점막내암의 진단확정은 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때(암이 전신으로 전이되어 조직검사가 불가능한 경우나 피보험자가 사망한 경우 등을 말합니다)에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다.

제 5 조 제자리암의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 '제자리암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)'(별표 4 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제4조(대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 제외합니다.
- ② 제자리암의 진단확정은 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 6 조 경계성종양의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 '경계성종양'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'(별표 5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 경계성종양의 진단확정은 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 7 조 요양병원의 정의

이 특약에 있어서 '요양병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제 8 조 입원의 정의와 장소

이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)의 규정에 의한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제7조(요양병원의 정의)에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 9 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하

며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 10 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암 또는 갑상선암은 암보장개시일) 이후에 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고, 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 치료를 목적으로 1일 이상 요양병원에 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 '요양병원 암입원급여금'(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 11 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제18조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 요양병원 암입원급여금의 지급일수는 요양병원에 입원한 일수만을 합산하여 계산하며, 1회 입원당 60일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 60일을 최고한도로 하여 계산합니다.

④ 피보험자가 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 치료를 목적으로 요양병원에 입원을 2회 이상 한 경우(이전(移轉)하여 입원한 경우도 포함합니다)에는 각각 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하고 제3항을 적용합니다. 그러나, 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양에 의한 입원이라도 다음 각 호의 1에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

1. 요양병원 암입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과한 날부터 개시한 입원
2. 요양병원 암입원급여금이 지급된 최종입원일부터 퇴원 없이 계속 입원하여 180일이 경과한 날부터의 입원

[제10조 제4항 제2호 관련 보장기간 예시]

	퇴원 없이 계속 입원			
	보장일수(60일)	보장제외 (180일)	보장일수(60일)	
최초입원일	요양병원 암입원급여금 이 지급된 최종입원일		보장재개일	

⑤ 제3항 및 제4항에도 불구하고 피보험자가 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 치료를 목적으로 요양병원에 입원한 경우, 이 특약의 최초계약 가입일부터 지급된 요양병원 암입원급여금의 누적 지급일수(이하 '누적 지급일수'라 합니다)가 365일에 도달한 이후에는

365일을 초과한 날부터 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인한 요양병원 암입원급여금은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 최종 치료일로부터 5년이 지나는 동안 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우에는 새로운 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 봅니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 요양병원 암입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 요양병원 암입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제3항에 따라 계속 요양병원 암입원급여금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 제10조(보험금 지급사유)에서 정한 두 가지 이상의 질병으로 진단이 확정되고 그 치료를 목적으로 1일이상 요양병원에 입원한 경우에는 가장 높은 요양병원 암입원급여금을 지급하며 요양병원 암입원급여금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 요양병원 암입원급여금을 지급합니다. 다만, 두 가지 이상의 질병이 모두 요양병원 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제10조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 12 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 13 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 책임준비금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진단서(병명기입), 입원치료확인서(요양병원 입원기간 기입), 사망진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 또는 책임준비금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본

2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장

3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의

의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 14 조 보험금 등의 지급절차

- ① 회사는 제13조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급합니다. 다만, 보험금 또는 책임준비금의 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 15 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제10조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제24조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 16 조 특약의 무효

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
 1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
 2. 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(암 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암' 또는 같은 조 제3항에서 정한 '갑상선암'으로 진단이 확정된 경우
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 17 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제27조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액 시 해지환급금 등은 최초가입 시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 18 조 특약의 갱신

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 다음과 같이 정합니다.

[본인형]

최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약 해당일 이후인 경우에는 100세 계약 해당일로 합니다.

[배우자형]

최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약 해당일 이후인 경우에는 100세 계약 해당일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 19 조 특약의 보험기간

① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일로부터 제18조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 3년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 20 조 특약의 소멸

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

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우

2. 피보험자가 사망한 경우

② 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [본인형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [배우자형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

- ⑤ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑥ 제5항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제13조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제14조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 21 조 특약의 보장개시

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 제3조(암 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암' 또는 같은 조 제3항에서 정한 '갑상선암'에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 '나'목의 '암보장개시일'로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.
- ② 갱신계약의 경우는 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일 및 암보장개시일로 합니다.

제 22 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가 시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 23 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제27조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 24 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 암보장개시일은 제21조(특약의 보장개시)에도 불구하고 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 25 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제27조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 25 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제27조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 26 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제27조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 27 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제25조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 28 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
요양병원 암입원급여금	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 암 또는 갑상선암으로 진단이 확정되고, 그 암 또는 갑상선암의 치료를 목적으로 1일 이상 요양병원에 입원하였을 경우	요양병원 입원 1일당 2만원 (1회 입원당 지급일수 60일 한도, 누적 지급 일수 365일 한도)
	보험기간 중 피보험자가 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고, 그 기타 피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 치료를 목적으로 1일 이상 요양병원에 입원하였을 경우	요양병원 입원 1일당 1만원 (1회 입원당 지급일수 60일 한도, 누적 지급 일수 365일 한도)

- 주) 1. 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 주1)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제18조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
4. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.
5. 요양병원 암입원급여금의 지급일수는 요양병원에 입원한 일수만을 합산하여 계산하며, 1회 입원당 60일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 60일을 최고한도로 하여 계산합니다.
6. 피보험자가 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 치료를 목적으로 요양병원에 입원한 경우, 이 특약의 최초계약 가입일부터 지급된 요양병원 암입원급여금의 누적 지급일수가 365일에 도달한 이후에는 365일을 초과한 날부터 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인한 요양병원 암입원급여금은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 최종 치료일로부터 5년이 지나는 동안 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우에는 새로운 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 봅니다.
7. '대장점막내암'(제4조(대장점막내암의 정의 및 진단확정) 참조)은 '제자리암'(제5조(제자리암의 정의 및 진단확정) 참조)에 포함되지 않습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제14조 제2항 및 제27조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
요양병원 암입원급여금 (제10조), 사망 당시의 책임준비금 (제20조 제5항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제27조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과 기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산 시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외]

이 약관에서 규정하는 악성 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 ~ C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45 ~ C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51 ~ C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60 ~ C63
10. 요로의 악성 신생물	C64 ~ C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76 ~ C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81 ~ C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

※ '소화기관의 악성 신생물(C15~C26)'의 경우 제4조(대장점막내암의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '대장 점막내암'은 제외합니다.

【 별표 4 】

제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

이 약관에서 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
제자리흑색종	D03
피부의 제자리암종	D04
유방의 제자리암종	D05
자궁경부의 제자리암종	D06
기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

- ※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ※ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제4조(대장점막내암의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '대장점막내암'은 제외됩니다.

【 별표 5 】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

이 약관에서 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 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. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물 (만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유 증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 제외)	D47 (단, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5는 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

- ※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

첫날부터입원특약(갱신형)(T8.4) 무배당[본인형, 배우자형, 자녀형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 특성은 다음과 같습니다.

[본인형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

[배우자형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 피보험자의 가족 관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다)로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 주피보험자의 배우자로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우에는 제외합니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 지급합니다.

(4) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

(5) '(3)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

[자녀형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 피보험자의 가족 관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀 또는 직계비속 중 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 주피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀 또는 직계비속 중 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 질병 또는 재해: 별표 3 '질병 및 재해분류표'에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

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

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제10조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제13조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 입원의 정의와 장소

이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)의 규정에 의한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 5 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병으로 진단받거나 재해가 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 입원급여금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

※ 상기 질병 또는 재해는 '질병 및 재해분류표'(별표 3 참조)에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

제 6 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제13조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.

④ 피보험자가 동일한 '질병 또는 재해'로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하여 입원을 2회 이상 한 경우(이전(移轉)하여 입원한 경우도 포함합니다)에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하고 제3항을 적용합니다. 그러나, 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 다음 각 호의 1에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

1. 입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과한 날부터 개시한 입원
2. 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 퇴원없이 계속 입원하여 180일이 경과한 날부터의 입원

【제6조 제4항 제2호 관련 보장기간 예시】

	퇴원없이 계속 입원			...
	보장일수(120일)	보장제외 (180일)	보장일수(120일)	
최초입원일	입원급여금이 지급된 최 종입원일		보장재개일	

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제3항에 따라 계속 입원급여금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 2가지 이상의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하여 입원한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 입원급여금을 지급합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 8 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 책임준비금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(입원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 또는 책임준비금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급합니다. 다만, 보험금 또는 책임준비금의 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 10 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 배우자형 또는 자녀형 중 선택하여 청약하여야 합니다.

③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제5조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제19조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 11 조 특약의 무효

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 12 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 13 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 다음과 같이 정합니다.

[본인형]

최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약 해당일 이후인 경우에는 100세 계약 해당일로 합니다.

[배우자형]

최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약 해당일 이후인 경우에는 100세 계약 해당일로 합니다.

[자녀형]

최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 30세 계약 해당일 이후인 경우에는 30세 계약 해당일로 합니다.

- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 3. 제15조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 14 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일로부터 제13조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 3년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 15 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 - 2. 피보험자가 사망한 경우
- ② 제1항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [본인형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [배우자형] 또는 [자녀형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ⑤ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
- ⑥ 제5항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 4 관 보험료의 납입

제 16 조 특약의 보장개시

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 17 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ③ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 18 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험

기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 19 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 20 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 특약 체결시 피보험자가 태아(胎兒)이며, 출생예정일(특약 체결시 청약서에 기재된 출생예정일 또는 임신 주수를 기준으로 계산된 출생예정일)을 말합니다) 이후부터 태아가 출생하기 전에 계약을 해지하는 경우에는 출생예정일 이후에 납입한 보험료를 계약자에게 지급하여 드립니다.
- ④ 보험료 납입이 면제된 경우, 제3항의 '출생예정일 이후에 납입한 보험료'는 출생예정일 이후에 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ⑤ 제3항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제 20 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한

회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 21 조 중대사유로 인한 해지

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 22 조 해지환급금

① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제20조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 23 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
입원급여금	보험기간 중 피보험자가 질병으로 진단받거나 재해가 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우	입원1일당 1만원

- 주) 1. 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 주1)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제13조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.
4. 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
5. 상기 질병 또는 재해는 '질병 및 재해분류표'(별표 3 참조)에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제22조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
입원급여금(제5조), 사망 당시의 책임준비금 (제15조 제5항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구 일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과 기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

질병 및 재해분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동 장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 질병 및 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용합니다.

특정 뇌혈관질환진단특약(갱신형)(T2.2) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약 : 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 4 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 5 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 이 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제10조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제13조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '특정 뇌혈관질환'의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '특정 뇌혈관질환'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '특정 뇌혈관질환' 분류표(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

【'과거 무증상성 열공성 뇌경색증'을 보장하지 않는 사례 예시】

평소 어지러움과 경미한 두통이 있던 B씨는 어느 날 우연히 병원을 방문하여 영상검사(MRI, CT등)를 시행하고, 검사결과 '오래된 뇌경색' 소견으로 치료를 받게 됩니다.

이후 B씨는 담당의사로부터 '뇌경색증(I63)'으로 진단서를 발급받아 보험금을 청구합니다. 심사결과 B씨는 현재 편마비, 보행장애 등의 뚜렷한 신체적 증상은 없는 상태이며 담당의사의 소견 및 영상검사상 환자 본인도 인지하지 못할 정도로 미미하게 뇌경색이 발생한 후 지나간(과거 무증상성 열공성 뇌경색증) 상태로 확인되어 보험금이 지급되지 않았습니다.

② '특정 뇌혈관질환'의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영술, 양전자방출단층촬영술(PET), 단일광자 방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에만 한하여 피보험자가 '특정 뇌혈관질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 4 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1.시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 5 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 특정 뇌혈관질환으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 특정 뇌혈관질환 진단자금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.(최초 1회한)

제 6 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신

체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다.) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제13조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 최초계약의 경우 계약일부터 1년 미만에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 특정 뇌혈관질환 진단자금의 50%를 지급합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 갱신계약의 경우 계약체결 후 1년 미만의 보험금 감액과 관련한 사항은 적용하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 그 후에 '특정 뇌혈관질환'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제5조(보험금의 지급사유)의 특정 뇌혈관질환 진단자금을 지급합니다. 그러나, 보장개시일의 전일 이전에 '특정 뇌혈관질환'으로 진단이 확정된 경우에는 진단자금을 지급하지 않습니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 제15조(특약의 소멸) 제4항에 따라 사망 당시의 책임준비금이 지급된 경우에는 해당 진단자금에서 이미 지급된 사망 당시의 책임준비금을 차감하여 지급합니다.

⑧ 제1항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표 4 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표 4 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장애분류표(별표 4 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만 장애분류표(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑭ 제1항 및 제13항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑮ 장애분류표(별표 4 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표 4 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑯ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 8 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진단서(병명기입), 사망진단서, 장해진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 책임준비금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본

2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장

3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 및 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 10 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제5조(보험금의 지급사유) 및 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제19조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 11 조 특약의 무효

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 12 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 13 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
3. 제15조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 14 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제13조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년(최초계약의 보험기간이 20년인 경우에는 20년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 15 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 피보험자가 사망한 경우
 3. 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우
- ② 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 16 조 특약의 보장개시

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 17 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입 기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 18 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험 기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험 계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 19 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

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

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

③ 제1항에도 불구하고 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 20 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 20 조 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 21 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 - 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 22 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제20조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 23 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
		1년미만	500만원
특정 뇌혈관질환 진단자금	보험기간 중 피보험자가 ‘특정 뇌혈관질환’으로 진단 이 확정되었을 경우(최초 1회한)	1년이상	1,000만원

- 주) 1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약체결 후 1년 미만의 보험금 금액과 관련한 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
2. 지급금액의 경과기간은 보험계약일부터 진단 확정일까지의 경과기간입니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
4. 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다.) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
5. 주3) 및 주4)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제13조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
6. 이 특약의 ‘특정 뇌혈관질환’이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 ‘특정 뇌혈관질환’ 분류표(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
7. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제22조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
특정 뇌혈관질환 진단자금 (제5조), 사망 당시의 책임준비금 (제15조 제4항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기 간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

‘특정 뇌혈관질환’ 분류표

이 약관에서 규정하는 ‘특정 뇌혈관질환’으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	I62
뇌경색증	I63
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

【 별표 4 】 장애분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 5 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

특정 허혈성심장질환진단특약(갱신형)(T2.2) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약 : 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 4 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 5 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 이 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제10조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제13조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '특정 허혈성심장질환'의 정의 및 진단 확정

- ① 이 특약에 있어서 '특정 허혈성심장질환'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 특정 허혈성심장질환 분류표(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 특정 허혈성심장질환의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심근효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 특약의 보험기간 중 '특정 허혈성심장질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인(死因)이 '특정 허혈성심장질환'으로 확정되거나 추정되는 경우

제 4 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021. 1. 1 시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 5 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 '특정 허혈성심장질환'으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 특정 허혈성심장질환 진단자금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.(최초 1회한)

제 6 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1명과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입

면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제13조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 최초계약의 경우 계약일부터 1년 미만에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 특정 허혈성심장질환 진단자금의 50%를 지급합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 갱신계약의 경우 계약체결 후 1년 미만의 보험금 감액과 관련한 사항은 적용하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 그 후에 '특정 허혈성심장질환'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제5조(보험금의 지급사유)의 특정 허혈성심장질환 진단자금을 지급합니다. 그러나, 보장개시일의 전일 이전에 '특정 허혈성심장질환'으로 진단이 확정된 경우에는 진단자금을 지급하지 않습니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 제15조(특약의 소멸) 제4항에 따라 사망 당시의 책임준비금이 지급된 경우에는 해당 특정 허혈성심장질환 진단자금에서 이미 지급된 사망 당시의 책임준비금을 차감하여 지급합니다.

⑧ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 4 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 4 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만 장해분류표(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑭ 제1항 및 제13항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑮ 장해분류표(별표 4 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 4 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑯ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 8 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진단서(병명기입), 사망진단서, 장해진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 책임준비금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본

2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장

3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 및 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 10 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 청약할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

- ② 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제5조(보험금의 지급사유) 및 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제19조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 11 조 특약의 무효

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 - 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 - 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 12 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액 보다 감소할 수 있습니다.

제 13 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 - 1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
 - 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 - 3. 제15조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련

내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 14 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제13조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년(최초계약의 보험기간이 20년인 경우에는 20년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 15 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 - 2. 피보험자가 사망한 경우
 - 3. 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우
- ② 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 16 조 특약의 보장개시

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 17 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 18 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 - 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 - 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 19 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 20 조 계약자의 임의해지

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

제 20 조 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

다.

- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 21 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생 시킨 경우
 - 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 22 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제20조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 23 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
		1년미만	500만원
특정 허혈성심장질환 진단자금	보험기간 중 피보험자가 '특정 허혈성심장질환'으 로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	1년이상	1,000만원

- 주) 1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약체결 후 1년 미만의 보험금 감액과 관련한 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
2. 지급금액의 경과기간은 보험계약일부터 진단 확정일까지의 경과기간입니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
4. 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1명과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
5. 주3) 및 주4)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제13조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
6. 이 특약의 '특정 허혈성심장질환'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 특정 허혈 심장질환 분류표(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
7. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제22조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
특정 허혈성심장질환 진단자금 (제5조), 사망 당시의 책임준비금 (제15조 제4항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기 간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

특정 허혈성심장질환 분류표

이 약관에서 규정하는 '특정 허혈성심장질환'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 (KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
불안정협심증	I20.0
연축의 기재가 있는 협심증	I20.1
급성 심근경색증	I21
후속심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
심근경색증을 유발하지 않은 관상동맥혈전증	I24.0
드레슬러증후군	I24.1

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

【 별표 4 】 장해분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 5 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

특정질병수술보장특약(갱신형)(T10.2) 무배당[본인형, 배우자형, 자녀형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제14조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 특성은 다음과 같습니다.

[본인형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다

[배우자형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 피보험자의 가족 관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다)로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 주피보험자의 배우자로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우에는 제외합니다)에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 지급합니다.

(4) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

(5) '(3)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

[자녀형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 피보험자의 가족 관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀 또는 직계비속 중 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 주피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀 또는 직계비속 중 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙

하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결시점(갱신계약의 경우 갱신계약 체결시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일, 대체공휴일 및 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제19조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제22조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 수술의 정의와 장소

① 이 특약에 있어서 '수술'이라 함은 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 '암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양, 4대중증질환, 5대장기이식, 조혈모세포이식'으로 인한 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 수술을 받는 경우를 말합니다.

② 제1항에서 '수술'은 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 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) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '수술'에서 제외합니다.

③ 이 특약에서 관혈수술, 내시경수술, 카테터수술, 신의료수술이라 함은 다음과 같습니다.

1. '관혈수술'이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술을 하는 것을 말합니다(대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술은 관혈수술에 준합니다).
2. '내시경수술'이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술행위를 말합니다.
3. '카테터수술'이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술행위를 말합니다(제1항 내지 제2항의 수술의 정의에 부합하지 않는 '도관을 이용한 약물주입'과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다).
4. '신의료수술'이라 함은 관혈수술 이외에 제1항 내지 제2항의 수술의 정의에 부합하고 보건복지부에

신의료기술로 공표하였으며 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, '악성 신생물(암) 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사'를 포함합니다.

④ 제3항 제4호의 '악성 신생물(암) 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사'는 '악성 신생물(암) 근치 방사선 조사'(5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, '악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)'를 포함합니다) 및 '두개내신생물 근치 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료'를 말합니다.

⑤ 제4항의 '악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생하는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료'라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생하는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물(암)을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성 신생물(암)의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

⑥ 제4항의 '두개내신생물 근치 감마나이프(Gammaknife)정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소(Co-60)에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사 함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 4 조 암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암 및 갑상선암 제외]'(별표 3참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물), 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 암, 기타피부암 및 갑상선암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 혈액(Hemic System)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때(암이 전신으로 전이되어 조직검사가 불가능한 경우나 피보험자가 사망한 경우 등을 말합니다)에는 피보험자가 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제 5 조 제자리암의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 '제자리암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '제자리의 신생물 분류

표'(별표 4 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 제자리암의 진단확정은 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 6 조 경계성종양의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 '경계성종양'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'(별표 5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성종양의 진단확정은 병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 7 조 항암약물치료의 정의

이 특약에 있어서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제 8 조 방사선치료의 정의

이 특약에 있어서 '방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

제 9 조 암수술의 정의와 장소

① 이 특약에 있어서 '암수술'이라 함은 의사에 의하여 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 수술은 항암약물치료와 방사선치료(제3조(수술의 정의와 장소) 제3항 제4호에서 정한 신의료수술의 「악성 신생물(암) 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사」는 제외)는 제외합니다.

제 10 조 4대중증질환의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 '4대중증질환'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '4대중증질환 분류표'(별표 6 참조)에서 정한 '특정 뇌질환', '특정 심질환', '특정 간·췌장질환', '특정 폐질환'을 말합니다.

② 4대중증질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제 11 조 '5대장기이식수술'의 정의

이 특약에 있어서 '5대장기이식수술'이라 함은 5대장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 '장기등 이식에 관한 법률'에 따라 정부에서 인정한 장기이식 의료기관에서 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부장기를 적출하여 장기부전상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다. 다만, 랑게르한스 소도 세포 이식수술은 보장에서 제외합니다.

제 12 조 '조혈모세포이식수술'의 정의

이 특약에 있어서 '조혈모세포이식(hematopoietic stem cell transplantation)'이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생되는 골수부전상태를 정상적인 조혈모세포로 회복시킬 목적으로 조혈모세포를 이식하는 시술로서 '장기등 이식에 관한 법률'에 따라 정부에서 인정한 무균입원실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈 조혈모세포이식 시술을 말합니다. 다만, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

1. '동종(allogenic)골수조혈모세포이식'이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
2. '동종(allogenic)말초조혈모세포이식'이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
3. '자가(autologous)골수조혈모세포이식'이라 함은 본인의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
4. '자가(autologous)말초조혈모세포이식'이라 함은 본인의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. '제대혈조혈모세포이식'이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 본인 또는 타인에게 투여하는 행위를 말합니다.

제 13 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 14 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. 보험기간 중 피보험자가 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술, 내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술을 받았을 때(항암약물치료, 방사선치료(제3조(수술의 정의와 장소) 제3항 제4호에서 정한 신의료수술의「악성 신생물(암) 근치·두개내 신생물 근치 방사선 조사」는 제외), 5대장기이식수술 및 조혈모세포이식수술 제외) : 암수술자금 지급
2. 보험기간 중 피보험자가 4대중증질병 분류표(별표 6 참조)에서 정한 4대중증질병의 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술, 내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술을 받았을 때(5대장기이식수술 제외) : 4대중증질병수술자금 지급
3. 보험기간 중 피보험자가 5대장기이식수술을 받았을 경우(최초 1회한) : 5대장기이식수술자금 지급
4. 보험기간 중 피보험자가 조혈모세포이식수술을 받았을 경우(최초 1회한) : 조혈모세포이식수술자금

지급

제 15 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다.) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제22조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제14조(보험금의 지급사유) 제1호의 암수술자금 지급액은 누적 합산하여 특약가입금액의 30%를 최고한도로 하며, 최고한도를 초과한 수술에 대해서는 더 이상 암수술자금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제14조(보험금의 지급사유) 제2호의 4대중증질병수술자금 지급액은 특정 뇌질환, 특정 심질환, 특정 간·췌장질환, 특정 폐질환 각각에 대하여 누적 합산하여 특약가입금액의 30%를 최고한도로 하며, 최고한도를 초과한 수술에 대해서는 더 이상 4대중증질병수술자금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제14조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우 암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 포함), 특정 뇌질환, 특정 심질환, 특정 간·췌장질환, 특정 폐질환 각각에 대한 내시경수술, 카테터수술 및 신의료수술은 수술개시일부터 60일 안에 1회의 급여를 지급한도로 합니다.
- ⑥ 제14조(보험금의 지급사유) 제1호의 암수술자금의 경우 항암약물치료, 방사선치료(제3조(수술의 정의와 장소) 제3항 제4호에서 정한 신의료수술의「악성 신생물(암) 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사」는 제외), 5대장기이식수술 및 조혈모세포이식수술은 보장에서 제외합니다.
- ⑦ 제14조(보험금의 지급사유) 제2호의 4대중증질병수술자금의 경우 5대장기이식수술은 보장에서 제외합니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제14조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 16 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

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

제 17 조 보험금 등의 청구

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 책임준비금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(해당 질병 진단서, 수술확인서, 진료기록부, 사망진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 또는 책임준비금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
 2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
 3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서
- ③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 18 조 보험금 등의 지급절차

- ① 회사는 제17조(보험금 등의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급합니다. 다만, 보험금 또는 책임준비금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 19 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형, 배우자형 또는 자녀형 중 선택하여 청약하여야 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제14조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제28조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 20 조 특약의 무효

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 21 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제31조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 22 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 다음과 같이 정합니다.

[본인형]

최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 80세 계약 해당일 이후인 경우에는 80세 계약 해당일로 합니다.

[배우자형]

최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 80세 계약 해당일 이후인 경우에는 80세 계약 해당일로 합니다.

[자녀형]

최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 30세 계약 해당일 이후인 경우에는 30세 계약 해당일로 합니다.

- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
3. 제24조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우

- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 변동될 수 있습니다.

- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

- ⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 23 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제22조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 3년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 24 조 특약의 소멸

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

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우

‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

나. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보한 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

3. 제14조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

② 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 ‘바’목 [본인형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

③ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 ‘바’목 [배우자형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 ‘바’목 [자녀형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

⑤ 제1항 제2호의 경우 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

⑥ 제5항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제17조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제18조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 25 조 특약의 보장개시

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

제 26 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 27 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제31조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 28 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 29 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제31조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 특약 체결시 피보험자가 태아(胎兒)이며, 출생예정일(특약 체결시 청약서에 기재된 출생예정일 또는 임신 주수를 기준으로 계산된 출생예정일을 말합니다) 이후부터 태아가 출생하기 전에 계약을 해지하는 경우에는 출생예정일 이후에 납입한 보험료를 계약자에게 지급하여 드립니다.
- ④ 보험료 납입이 면제된 경우, 제3항의 '출생예정일 이후에 납입한 보험료'는 출생예정일 이후에 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ⑤ 제3항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제 29 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제31조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 30 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제31조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 31 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제29조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 32 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지 급 사 유	지 급 금 액	
암수술자금	보험기간 중 피보험자가 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술, 내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술을 받았을 때(항암 약물치료, 방사선치료(제3조(수술의 정의와 장소) 제3항 제4호에서 정한 신의료수술의「악성 신생물(암) 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사」는 제외), 5대장기이식수술 및 조혈모세포이식수술 제외) ※ 보험기간 중 암수술자금은 누적 합산하여 300만원을 지급한도로 함	관혈수술	300만원
		내시경수술, 카테터수술, 신의료수술	1회당 100만원
4대중증질병 수술자금	보험기간 중 피보험자가 4대중증질병 분류표(별표 6 참조)에서 정한 4대중증질병(특정 뇌질환, 특정 심질환, 특정 간·췌장질환, 특정 폐질환)의 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술, 내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술을 받았을 때(5대장기이식수술 제외) ※ 보험기간 중 4대중증질병수술자금은 특정 뇌질환, 특정 심질환, 특정 간·췌장질환 및 특정 폐질환 각각에 대하여 누적 합산하여 300만원을 지급한도로 함	관혈수술	300만원
		내시경수술, 카테터수술, 신의료수술	1회당 100만원
5대장기이식 수술자금	보험기간 중 피보험자가 5대장기이식수술을 받았을 경우(최초 1회한)	500만원	
조혈모세포 이식수술자금	보험기간 중 피보험자가 조혈모세포이식수술을 받았을 경우(최초 1회한)	300만원	

- 주) 1. 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다.) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 주1)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제22조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. 암수술자금 및 4대중증질병수술자금에서 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술은 관혈수술에 준하여 보험금을 지급합니다.
4. 암수술자금 및 4대중증질병수술자금에서 암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 포함), 특정 뇌질환, 특정 심질환, 특정 간·췌장질환, 특정 폐질환 각각에 대한 내시경수술, 카테터수술 및 신의료수술은 수술개시일부터 60일 안에 1회의 급여를 지급한도로 합니다.
5. 암수술자금의 경우 항암약물치료, 방사선치료(제3조(수술의 정의와 장소) 제3항 제4호에서 정한 신의료수술의「악성 신생물(암) 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사」는 제외), 5대장기이식수술 및 조혈모세포이식수술은 보장에서 제외합니다.
6. 4대중증질병수술자금의 경우 5대장기이식수술은 보장에서 제외합니다.

7. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제18조 제2항 및 제31조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
암수술자금, 4대중증질병수술자금, 5대장기이식수술자금, 조혈모세포이식수술자금 (제14조), 사망 당시의 책임준비금 (제24조 제5항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제31조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일 까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암 및 갑상선암 제외]

이 약관에서 규정하는 악성 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 ~ C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45 ~ C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51 ~ C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60 ~ C63
10. 요로의 악성 신생물	C64 ~ C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76 ~ C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81 ~ C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【 별표 4 】

제자리의 신생물 분류표

이 약관에서 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
제자리흑색종	D03
피부의 제자리암종	D04
유방의 제자리암종	D05
자궁경부의 제자리암종	D06
기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

【 별표 5 】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

이 약관에서 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 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. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물 (만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 제외)	D47 (단, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5는 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

【 별표 6 】

4대중증질병 분류표

이 약관에서 규정하는 4대중증질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구 분	대상이 되는 질병	분류번호
특정 뇌질환	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내출혈	I62
	뇌경색증	I63
	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	기타 뇌혈관질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68*
	뇌혈관질환의 후유증	I69
	두개내손상	S06
	수막의 양성 신생물	D32
	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
	뇌하수체의 양성 신생물	D35.2
	두개인두관의 양성 신생물	D35.3
	송과선의 양성 신생물	D35.4
특정 심질환	심장 침범이 있는 류마티스열	I01
	류마티스무도병	I02
	류마티스성 승모판질환	I05
	류마티스성 대동맥판질환	I06
	류마티스성 삼첨판질환	I07
	다발판막질환	I08
	기타 류마티스심장질환	I09
	협심증	I20
	급성 심근경색증	I21
	후속심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	기타 급성 허혈심장질환	I24
	만성 허혈심장병	I25
	폐색전증	I26
	기타 폐성 심장질환	I27

구 분	대상이 되는 질병	분류번호
특정 심질환	폐혈관의 기타 질환	I28
	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32*
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	비류마티스성 승모판장애	I34
	비류마티스성 대동맥판장애	I35
	비류마티스성 삼첨판장애	I36
	폐동맥판장애	I37
	상세불명 판막의 심내막염	I38
	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39*
	급성 심근염	I40
	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41*
	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43*
	방실차단 및 좌각차단	I44
	기타 전도장애	I45
	심장정지	I46
	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	기타 심장부정맥	I49
	심부전	I50
	심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52*
	대동맥동맥류 및 박리	I71
	흉부 혈관의 손상	S25
	심장의 손상	S26
	심장의 양성 신생물	D15.1
특정 간·췌장질환	알코올성 간질환	K70
	독성간질환	K71
	달리 분류되지 않은 간부전	K72
	달리 분류되지 않은 만성 간염	K73
	간의 섬유증 및 경변증	K74
	기타 염증성 간질환	K75
	간의 기타 질환	K76
	달리 분류된 질환에서의 간장애	K77*
	급성 췌장염	K85
	췌장의 기타 질환	K86
	복부대동맥의 손상	S35.0

구 분	대상이 되는 질병	분류번호
특정 간·췌장질환	복강내기관의 손상 간의 양성 신생물 간외담관의 양성 신생물 췌장의 양성 신생물 내분비췌장의 양성 신생물	S36 D13.4 D13.5 D13.6 D13.7
특정 폐질환	폐기종 기타 만성 폐쇄성 폐질환 천식 천식지속상태 기관지확장증 폐 및 종격의 농양 농흉 달리 분류되지 않은 흉막삼출액 달리 분류된 병태에서의 흉막삼출액 흉막판 기흉 기타 흉막의 병태 기관의 양성 신생물 기관지 및 폐의 양성 신생물	J43 J44 J45 J46 J47 J85 J86 J90 J91* J92 J93 J94 D14.2 D14.3

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

【 유의사항 】

한국표준질병·사인분류 기준에 의거하여 상기 '4대중증질병' 중 일부는 아래와 같이 발현(또는 원인) 코드로 동시 진단될 수 있습니다.

4대중증질병 대상코드		발현(또는 원인) 코드	
대상이 되는 질병	분류번호	대상이 되는 질병	분류번호
달리 분류된 질환에서의 상세불명 판막의 심내막염	I39.8*	칸디다심내막염	B37.6†
달리 분류된 세균성 질환에서의 심장막염	I32.0* ^{주)}	수막알균성 심장병	A39.5†
달리 분류된 질환에서의 상세불명 판막의 심내막염	I39.8* ^{주)}		
달리 분류된 세균성 질환에서의 심근염	I41.0* ^{주)}		
달리 분류된 세균성 질환에서의 기타 심장장애	I52.0* ^{주)}		
달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 간장애	K77.0*	거대세포바이러스간염	B25.1†
	K77.0*	톡소포자충간염	B58.1†

주) I32.0~I52.0은 약관상 동시에 보장하고 있는 경우만 A39.5†도 보장합니다. 즉, I32.0~I52.0 중 일부만 보장하는 경우 A39.5†는 보장하지 않습니다.

※ 발현코드와 원인코드는 한국표준질병·사인분류 기준에 따라 상기와 같이 정의되며, 원인과 질환에 따라 병행하여 동시에 기재할 수 있습니다. 즉, 발현코드는 원인코드의 부가적인 질병분류번호로서, 다양한 원인 질환(원인코드)과 병행될 수 있습니다.

표적항암약물허가치료특약(갱신형)(T2.2) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

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

나. 암보장개시일: 제3조('암', '기타피부암' 및 '갑상선암'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암', 제2항에서 정한 '기타피부암' 및 제3항에서 정한 '갑상선암'에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

다. 재해: 별표 5 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

라. 장애: 별표 6 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약체결 시점)의 평균공시이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제12조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제15조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합

니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단 확정

- ① 이 특약에 있어서 ‘암’이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 ‘대상이 되는 악성 신생물 분류[기타피부암 및 갑상선암 제외]’(별표 3참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물) 및 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)은 상기 분류에서 제외합니다.
- ② 이 특약에 있어서 ‘기타피부암’이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 ‘갑상선암’이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 혈액(Hemic System)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때(암이 전신으로 전이되어 조직검사가 불가능한 경우나 피보험자가 사망한 경우 등을 말합니다)에는 피보험자가 ‘암’, ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침’에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제 4 조 ‘항암약물치료’의 정의

이 특약에 있어서 ‘항암약물치료’라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 단, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제 5 조 ‘표적항암제’ 및 ‘표적항암약물허가치료’의 정의

- ① 이 특약에 있어서 ‘표적항암제’란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성종양제)’(예규 개정예에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘항악성종양제’에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 ‘표적항암제’의 범위에서 제외됩니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【세포독성 항암제】

세포독성 항암제란, 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

【생물학적 반응 조절제】

생물학적 반응 조절제란, 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

【‘표적항암제’ 해당 의약품명 및 성분명 안내】

‘표적항암제’에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2020년 6월 기준 ‘표적항암제’에 해당하는 의약품명 및 성분명을 ‘별표 4’에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특약에 있어서 ‘표적항암약물허가치료’라 함은 제4조(‘항암약물치료’의 정의)에서 정한 ‘항암약물치료’ 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 ‘암’, ‘기타 피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 ‘표적항암제’를 안전성과 유효성 인정 범위로 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 ‘안전성과 유효성 인정 범위’라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 범위(효능효과, 용법용량 등)로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 범위(효능효과, 용법용량 등) 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【‘안전성과 유효성 인정 범위’ 확인 방법】

- 식품의약품안전처에서 허가된 범위(효능효과, 용법용량 등)로 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<http://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처에서 허가된 범위(효능효과, 용법용량 등) 외 확인 및 ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)’ 확인
: 건강보험심사평가원(<http://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 ‘의약품 등 분류번호에 관한 규정’에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 ‘표적항암제’ 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제 6 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 7 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 ‘암’, ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 ‘표적항암약물허가치료’를 받았을 경우 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 약정한 표적항암약물허가치료자금(별표 1 ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제 8 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 6 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 또한 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후 최초로 제3조(‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’(기타피부암, 갑상선암 제외)으로 진단 확정되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 피보험자가 암으로 진단 확정받아 보험료의 납입이 면제되고, 이후 갱신계약에서 이미 보험료의 납입을 면제한 암과 동일한 암으로 진단되는 경우(이미 보험료의 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함) 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

④ 제3항에도 불구하고, 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단 확정되어 보험료 납입이 면제된 ‘암’(기타피부암, 갑상선암 제외)이라 하더라도, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후 동일한 암으로 진단되는 경우 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. ‘보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안’에는 특약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.

⑤ 제4항의 ‘보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제21조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 제4항의 ‘보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일’은 부활(효력회복)을 청약한 날로 적용합니다.

⑦ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제15조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

⑧ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에

는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 6 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 6 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 6 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 6 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제1항 및 제 13항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

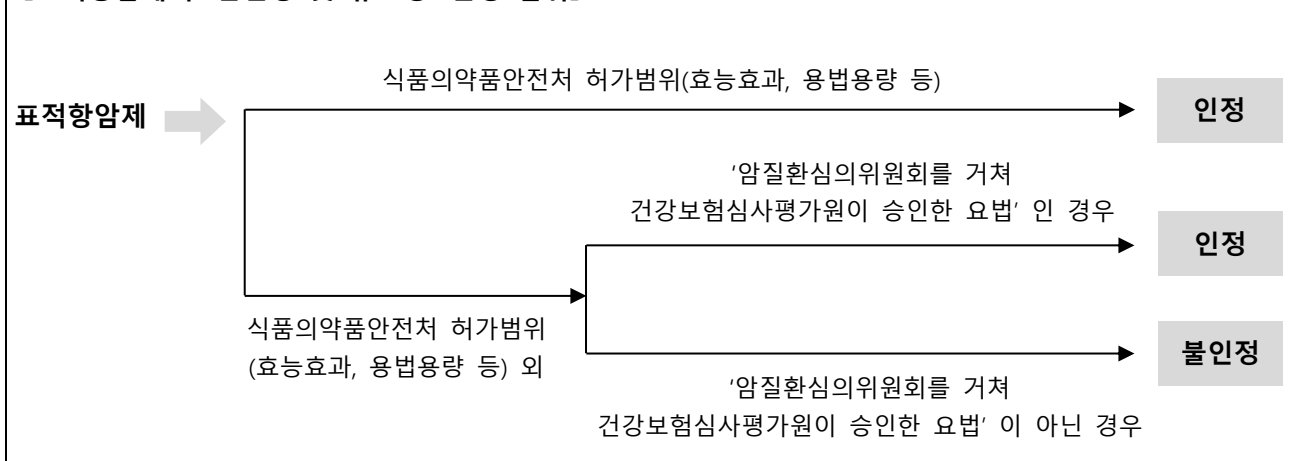
⑮ 장해분류표(별표 6 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 6 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑯ 최초계약의 경우 계약일부터 2년 미만에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 표적항암약물허가치료자금의 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 2년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 표적항암약물허가치료자금의 50%를 지급합니다.

⑰ 제16항에도 불구하고 갱신계약의 경우 계약체결 후 2년 미만의 보험금 감액과 관련한 사항은 적용하지 않습니다.

⑱ 제7조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료자금은 '표적항암제'를 식품의약품안전처에서 허가된 범위(효능효과, 용법용량 등)로 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 범위(효능효과, 용법용량 등) 외 사용이지만 '암질환심의위원회'를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우에는 보장합니다. 향후 식품의약품안전처 허가 기준(효능효과, 용법용량 등)이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.

【표적항암제의 '안전성 및 유효성' 인정 범위】



①9 제7조(보험금의 지급사유)의 '표적항암약물허가치료를 받았을 경우'는 '표적항암제'를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제5조('표적항암제' 및 '표적항암약물허가치료'의 정의) 제3항에서 정한 '안전성과 유효성 인정 범위'가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 '안전성과 유효성 인정 범위' 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【'안전성과 유효성 인정 범위' 변경(추가) 예시 : 의약품의 '효능효과' 추가 허가】

「의약품 품목허가」

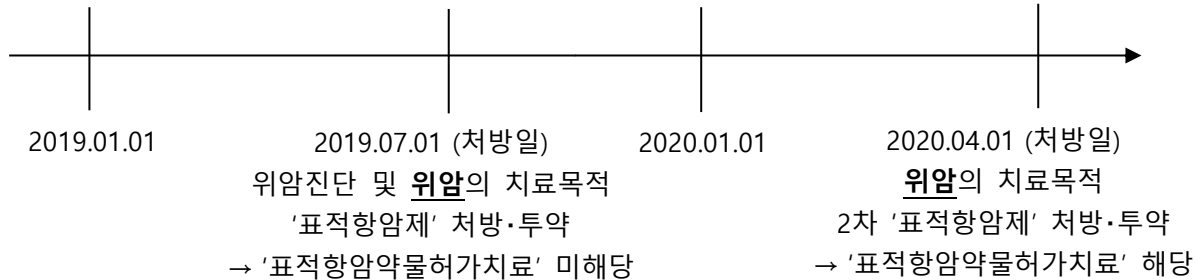
- 분류번호 : 421(항악성종양제)
- 효능효과 : 유방암의 치료

보장제외

「효능효과 추가 허가」

- 효능효과 : 유방암, 위암의 치료

보장



【'안전성과 유효성 인정 범위' 변경(삭제) 예시 : 의약품의 '효능효과' 허가 취소】

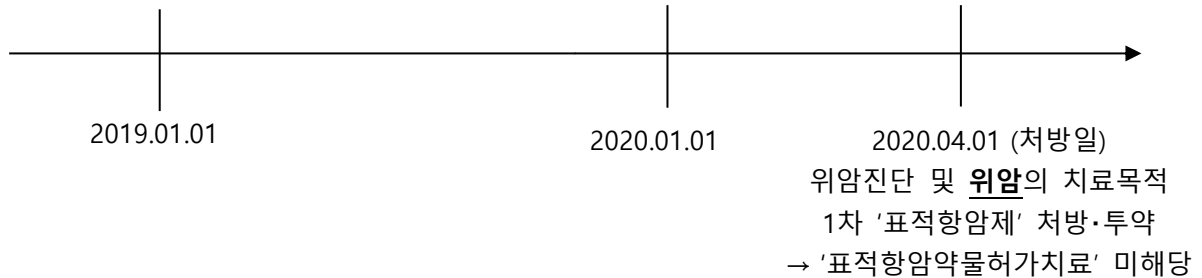
「의약품 품목허가」

- 분류번호 : 421(항악성종양제)
- 효능효과 : 유방암, 위암의 치료

「효능효과 허가 취소」

- 효능효과 : 유방암의 치료
- <위암의 치료 허가 취소>

보장제외



②0 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유) 및 제1항 내지 제4항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 9 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 10 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단확인서, 진료기록부 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서
 - 가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식) (이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - (1) 진단명
 - (2) 투약한 약제의 제품명
 - (3) 식품의약품안전처에서 허가된 범위(효능효과, 용법용량 등)로 사용 여부
 - (4) 식품의약품안전처에서 허가된 범위(효능효과, 용법용량 등) 외 사용의 경우, '암질환심의위원회'를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법' 사용 여부
 - 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령, 책임준비금 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 11 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급합니다. 다만, 보험금 또는 책임준비금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 12 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

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

③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우

에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제21조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 13 조 특약의 무효

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

2. 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조('암', '기타피부암' 및 '갑상선암'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 암, 제2항에서 정한 기타피부암 또는 제3항에서 정한 갑상선암으로 진단이 확정된 경우

② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우

2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 14 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 15 조 특약의 갱신

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약 해당일 이후인 경우에는 100세 계약 해당일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우

2. 제17조(특약의 소멸) 제1항에 따라 이 특약이 소멸된 경우

④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 변동될 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련

내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 16 조 특약의 보험기간

① 이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제15조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 5년(최초계약의 보험기간이 10년인 경우에는 10년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 17 조 특약의 소멸

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

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우

2. 피보험자가 사망한 경우

‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

나. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보한 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

3. 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항 제2호의 경우 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

④ 제3항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제11조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 18 조 특약의 보장개시

① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 제3조(‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단 확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 ‘나’목의 암보장개시일로하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

② 갱신계약의 경우 제2조(용어의 정의) 제5호 ‘라’목의 ‘갱신일’을 보장개시일 및 암보장개시일로 합니다.

제 19 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

③ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 20 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 21 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 암보장개시일은 제18조(특약의 보장개시)에도 불구하고 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 22 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 22 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일로부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1

년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제24조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 23 조 중대사유로 인한 해지

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제24조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 24 조 해지환급금

① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제22조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 25 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
		2년미만	500만원
표적항암 약물허가 치료자금	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 ‘암’, ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 표적항암약물허가치료를 받았을 경우(단, 최초 1회한)	2년이상	1,000만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표(별표 6 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후 최초로 제3조(‘암’, ‘기타 피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 암(기타피부암, 갑상선암 제외)으로 진단 확정되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 피보험자가 암으로 진단 확정 받아 보험료의 납입이 면제되고, 이후 갱신계약에서 이미 보험료의 납입을 면제한 암과 동일한 암으로 진단되는 경우(이미 보험료의 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함) 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
4. 주3)에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단 확정되어 보험료 납입이 면제된 ‘암’(기타 피부암, 갑상선암 제외)이라 하더라도, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후 동일한 암으로 진단되는 경우 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. ‘보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안’에는 특약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.
5. 주1) 내지 주4) 에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제15조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
6. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약체결 후 2년 미만의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신 계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
7. 지급금액의 경과기간은 보험계약일부부터 표적항암약물허가치료일까지의 경과기간을 말합니다.
8. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

9. '암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암 및 갑상선암 제외]'(별표 3참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물) 및 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)은 상기 분류에서 제외합니다.
10. '기타피부암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.
11. '갑상선암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
12. 표적항암약물허가치료자금은 '표적항암제'를 식품의약품안전처에서 허가된 범위(효능효과, 용법용량 등)로 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 범위(효능효과, 용법용량 등) 외 사용이지만 '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우에는 보장합니다. 향후 식품의약품안전처 허가 기준(효능효과, 용법용량 등)이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.
13. '표적항암제'란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)'(예규 개정예에 따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 '표적항암제'의 범위에서 제외됩니다.
14. '표적항암약물허가치료'라 함은 제4조(항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암약물치료' 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 치료를 목적으로 제5조 제1항에서 정한 '표적항암제'를 안전성과 유효성 인정 범위로 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
15. '표적항암약물허가치료를 받았을 경우'는 '표적항암제'를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제5조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 '안전성과 유효성 인정 범위'가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 '안전성과 유효성 인정 범위' 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.
16. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제24조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
표적항암약물 허가치료자금 (제7조), 사망 당시의 책임준비금 (제17조 제3항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해지환급금 (제24조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일 까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암 및 갑상선암 제외]

이 약관에서 규정하는 악성 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 ~ C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45 ~ C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51 ~ C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60 ~ C63
10. 요로의 악성 신생물	C64 ~ C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76 ~ C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81 ~ C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【 별표 4 】

‘표적항암제’ 해당 의약품명 및 성분명

- 아래 ‘표적항암제’ 해당 의약품명 및 성분명은 2020년 6월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 ‘표적항암제’ 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
- 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<http://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과, 용법·용량 등의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 성분명	
- 성분명은 ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다. - 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다. - 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. ‘표적항암제’ 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.	

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	애플리버셉트 aflibercept	잘트랩주25mg/mL(애플리버셉트)
2	알렉티닙 alectinib	알레센자캡슐150밀리그램(알렉티닙염산염)
3	아파티닙 afatinib	지오텍정20밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오텍정30밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오텍정40밀리그램(아파티닙이말레산염)
4	엑시티닙 axitinib	인라이타정1밀리그램(엑시티닙)
		인라이타정5밀리그램(엑시티닙)
5	보르테조미프삼합체 bortezomib	벨조미프주1밀리그램(보르테조미프삼합체)
		벨조미프주3.5밀리그램(보르테조미프삼합체)
		벨케이드주(보르테조미프삼합체)
		벨킨주2.5밀리그램(보르테조미프삼합체)
		벨킨주3.5밀리그램(보르테조미프삼합체)
		보테벨주3.5밀리그램(보르테조미프삼합체)
		테조민주2.5밀리그램(보르테조미프삼합체)
		테조민주3.5밀리그램(보르테조미프삼합체)
		테조벨주(보르테조미프삼합체)
		프로테조미프주(보르테조미프삼합체)
6	카보잔티닙 cabozantinib	카보메텍스정20밀리그램(카보잔티닙)
		카보메텍스정40밀리그램(카보잔티닙)
		카보메텍스정60밀리그램(카보잔티닙)
7	카르필조미프 carfilzomib	키프롤리스주30밀리그램(카르필조미프)
		키프롤리스주60밀리그램(카르필조미프)
8	세리티닙 ceritinib	자이카디아캡슐150밀리그램(세리티닙)

9	코비메티닙 cobimetinib	코텔릭정20밀리그램(코비메티닙)
10	크리조티닙 crizotinib	젤코리캡슐200밀리그램(크리조티닙)
		젤코리캡슐250밀리그램(크리조티닙)
11	다브라페닙메실산염 dabrafenib	라핀나캡슐50밀리그램(다브라페닙메실산염) 라핀나캡슐75밀리그램(다브라페닙메실산염)
12	다사티닙 dasatinib	스프라이셀정100밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정20밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정50밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정70밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정80밀리그램(다사티닙)
13	엘로티닙염산염 erlotinib	디세바정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		디세바정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로세타정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로세타정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로팁정100밀리그램(엘로티닙염산염)(수출용)
		엘로팁정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		타세바정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		타세바정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		타세바정25밀리그램(엘로티닙염산염)
		타세원정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		타세원정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정100mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정150mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정25mg(엘로티닙염산염)
14	에베로리무스 everolimus	아피니토정10밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정2.5밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정5밀리그램(에베로리무스)
		에리니토정10mg(에베로리무스)
		에리니토정5밀리그램(에베로리무스)
15	게피티니브 gefitinib	레피사정(게피티니브)
		스펙사정250밀리그램(게피티니브)
		이레사정(게피티니브)
		이레티닙정250밀리그램(게피티니브)
		이레피논정(게피티니브) 제피티닙정(게피티니브)
16	이브루티닙 ibrutinib	임브루비카캡슐140밀리그램(이브루티닙)
17	이매티닙메실산염 imatinib	글로팁정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정400밀리그램(이매티닙메실산염)

	이매티닙메실산염 imatinib	글리벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정300밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		유니팁정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이니벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이니벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매팁정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매팁정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
18	익사조밋시트레이트 ixazomib	닌라로캡슐2.3밀리그램(익사조밋시트레이트)
		닌라로캡슐3밀리그램(익사조밋시트레이트)
		닌라로캡슐4밀리그램(익사조밋시트레이트)
19	라파티닙티토실레이트 lapatinib	타이커브정250밀리그램(라파티닙티토실레이트)
20	렌바티닙메실산염 lenvatinib	렌비마캡슐10밀리그램(렌바티닙메실산염)
		렌비마캡슐4밀리그램(렌바티닙메실산염)
21	닐로티닙염산염일수화물 nilotinib	타시그나캡슐150밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐200밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐50밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
22	올라파립 olaparib	린파자캡슐50밀리그램(올라파립)
		린파자정150밀리그램(올라파립)
		린파자정100밀리그램(올라파립)
23	올무티닙염산염일수화물 olmutinib	올리타정200밀리그램(올무티닙염산염일수화물)
		올리타정400밀리그램(올무티닙염산염일수화물)
24	오시머티닙 osimertinib	타그리소정40밀리그램(오시머티닙메실산염)
		타그리소정80밀리그램(오시머티닙메실산염)
25	팔보시클립 palbociclib	입랜스캡슐100mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐125mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐75mg(팔보시클립)
26	파조파닙염산염 pazopanib	보트리엔트정200밀리그램(파조파닙염산염)
		보트리엔트정400밀리그램(파조파닙염산염)

27	포나티닙염산염 ponatinib	아이클루시그정15밀리그램(포나티닙염산염)
		아이클루시그정45밀리그램(포나티닙염산염)
28	라도티닙염산염 radotinib	슈펙트캡슐100밀리그램(라도티닙염산염)
		슈펙트캡슐200밀리그램(라도티닙염산염)
29	레고라페닙 regorafenib	스티바가정40밀리그램(레고라페닙)
30	룩소리티닙인산염 ruxolitinib	자카비정5밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정10밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정15밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정20밀리그램(룩소리티닙인산염)
31	소라페닙토실레이트(미분화) sorafenib	넥사바정200밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
32	수니티닙말산염 sunitinib	수텐캡슐12.5밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐25밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐50밀리그램(수니티닙말산염)
33	템시롤리무스 temsirolimus	토리셀주(템시롤리무스)
34	트라메티닙디메틸설폭시드 trametinib	매규셀정0.5밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
		매규셀정2밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
35	반데타닙 vandetanib	카프렐사정100밀리그램(반데타닙)
		카프렐사정300밀리그램(반데타닙)
36	베무라페닙 vemurafenib	젤보라프정240밀리그램(베무라페닙)
37	비스모데깁 vismodegib	에리벳지캡슐150밀리그램(비스모데깁)
38	파노비노스타트랙트산염 panobinostat	파리닥캡슐10밀리그램(파노비노스타트랙트산염)
		파리닥캡슐15밀리그램(파노비노스타트랙트산염)
		파리닥캡슐20밀리그램(파노비노스타트랙트산염)
39	레날리도마이드 lenalidomide	레날도캡슐2.5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐7.5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐10mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐15mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐20mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐25mg(레날리도마이드)
		레날로마캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
		레날리드정(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐25밀리그램(레날리도마이드)

	레날리도마이드 lenalidomide	알보젠레날리도마이드 캡슐5밀리그램 알보젠레날리도마이드 캡슐10밀리그램 알보젠레날리도마이드 캡슐15밀리그램 알보젠레날리도마이드 캡슐25밀리그램
40	보리노스타트 vorinostat	줄린자캡슐100밀리그램(보리노스타트)
41	브리가티닙 brigatinib	알룬브릭정30밀리그램(브리가티닙) 알룬브릭정90밀리그램(브리가티닙) 알룬브릭정180밀리그램(브리가티닙)
42	미도스타우린 midostaurin	라이담연질캡슐25밀리그램(미도스타우린)
43	니라파립토실산염일수화물 niraparib	제줄라캡슐100밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
44	퍼투주맙 pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맙)
45	트라스투주맙엠탄신 trastuzumabemtansine	캐싸일라주100밀리그램(트라스투주맙엠탄신) 캐싸일라주160밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
46	트라스투주맙 trastuzumab	삼페넷주150밀리그램(트라스투주맙) 허셉틴주150밀리그램(트라스투주맙) (단클론항체, 유전자재조합) 허셉틴주440밀리그램(트라스투주맙) 허셉틴피하주사600밀리그램(트라스투주맙) 허쥬마주150mg(트라스투주맙) (단클론항체, 유전자재조합) 허쥬마주440mg(트라스투주맙) (단클론항체, 유전자재조합)
47	올라라투맙 olatumab	라트루보주10밀리그램/밀리리터 (올라라투맙, 유전자재조합)
48	오비누투주맙 obinutuzumab	가싸이바주(오비누투주맙, 유전자재조합)
49	엘로투주맙 elotuzumab	엠폴리시티주300밀리그램 (엘로투주맙, 유전자재조합) 엠폴리시티주400밀리그램 (엘로투주맙, 유전자재조합)
50	실룩시맙 siltuximab	실반트주100밀리그램(실룩시맙, 유전자재조합) 실반트주400밀리그램(실룩시맙, 유전자재조합)
51	세룩시맙 cetuximab	얼비톡스주5mg/mL(세룩시맙)
52	블리나투모맙 blinatumomab	블린사이토주35마이크로그램 (블리나투모맙, 유전자재조합)
53	브렌톡시맙베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌톡시맙베도틴)
54	베바시주맙 bevacizumab	아바스틴주(베바시주맙)
55	리룩시맙 rituximab	맵테라주(리룩시맙)(단클론항체, 유전자재조합) 맵테라피하주사(리룩시맙)(유전자재조합) 트룩시마주(리룩시맙)(단클론항체, 유전자재조합)
56	라무시루맙 ramucirumab	사이람자주10밀리그램/밀리리터 (라무시루맙, 유전자재조합)
57	다라투무맙 daratumumab	다잘렉스주(다라투무맙)
58	아테졸리주맙 atezolizumab	티센트릭주(아테졸리주맙)

59	니볼루맵 nivolumab	옵디보주20mg(니볼루맵, 유전자재조합)
		옵디보주100mg(니볼루맵, 유전자재조합)
		옵디보주240mg(니볼루맵, 유전자재조합)
60	펨브롤리주맵 pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맵, 유전자재조합)
61	탈리도마이드 thalidomide	세엘진탈리도마이드캡슐50밀리그램
		탈라이드캡슐100mg(탈리도마이드)
		탈라이드캡슐50mg(탈리도마이드)
		탈로다캡슐100밀리그램(탈리도마이드)
		탈로다캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐100밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
62	포말리도마이드 pomalidomide	포말리스트캡슐1밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐2밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐3밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐4밀리그램(포말리도마이드)
63	이필리무맵 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터 (이필리무맵, 유전자재조합)
		여보이주50밀리그램/10밀리리터 (이필리무맵, 유전자재조합)
64	더발루맵 durvalumab	임핀지주(더발루맵)
65	이노투주맵오조가마이신 inotuzumab	베스폰사주(이노투주맵오조가마이신)
66	아벨루맵 avelumab	바벤시오주(아벨루맵)
67	테르토모타이드염산염 tertomotide	리아백스주(테르토모타이드염산염)
68	아베마시클립 abemaciclib	버제니오정50밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정100밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정150밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정200밀리그램(아베마시클립)
69	베네토클락스 venetoclax	벤클렉스타정10밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정50밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정100밀리그램(베네토클락스)
70	보르테조밍일수화물 bortezomib	화이자보르테조밍주3.5밀리그램 (보르테조밍일수화물)
71	다코미티닙 DACOMITINIB	비짐프로정15밀리그램(다코미티닙수화물)
		비짐프로정45밀리그램(다코미티닙수화물)
		비짐프로정30밀리그램(다코미티닙수화물)
72	리보시클립 Ribociclib	키스칼리정200밀리그램(리보시클립숙신산염)
73	라토트렉티닙황산염 Larotrectinib Sulfate	비트락비캡슐25밀리그램(라토트렉티닙황산염)
		비트락비액(라토트렉티닙황산염)
		비트락비캡슐100밀리그램(라토트렉티닙황산염)
74	엔트렉티닙 Entrectinib	로즐리트렉캡슐100밀리그램(엔트렉티닙)
		로즐리트렉캡슐200밀리그램(엔트렉티닙)
75	길테리티닙푸마르산염 Gilteritinib fumarate	조스파타정40밀리그램(길테리티닙푸마르산염)
76	이브리투모맵티우세탄 Ibritumomab Tiuxetan	제바린키트주사(이브리투모맵티우세탄)

【 별표 5 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 6 】 장해분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

항암방사선치료특약(T2.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약 : 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 특성은 다음과 같습니다.

[본인형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

[배우자형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 피보험자의 가족 관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다)로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 주피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우에는 제외합니다)에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 지급합니다.

(4) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

(5) '(3)'의 규정에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 3 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 4 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

라. 암보장개시일: 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 계약일(계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일)부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '암' 등의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암 및 갑상선암 제외]'(별표 5 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물), 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 혈액(Hemic System)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때(암이 전신으로 전이되어 조직검사가 불가능한 경우나 피보험자가 사망한 경우 등을 말합니다)에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제 4 조 항암방사선치료의 정의

이 특약에 있어서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

제 5 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 6 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 항암방사선치료자금(별표 1 ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.(최초 1회한)

제 7 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후 최초로 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단이 확정되거나 보장개시일 이후 장해분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1명과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, ‘장해분류표’(별표 3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ④ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 3 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑥ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.
- ⑦ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해

분류표(별표 3 참조)의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표 3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑧ 제1항 및 제7항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑨ 장애분류표(별표 3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표 3 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑩ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제8조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장애진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 책임준비금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본

2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장

3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 10 조 보험금 등의 지급절차

- ① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제6조(보험금의 지급사유) 및 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제19조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 12 조 특약의 무효

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
 2. 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 암으로 진단이 확정된 경우
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 특약보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 13 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약은 보험료 납입기간의 변경(감액완납보험으로의 변경 포함)이 제한됩니다.

【감액완납보험】

차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 가입금액을 감액하는 보험

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 14 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일하거나 그 이내로 합니다.

제 15 조 특약의 소멸

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

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

2. 피보험자가 사망한 경우

3. 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [본인형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [배우자형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

⑤ 제1항 제2호의 경우 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

⑥ 제5항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제10조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 16 조 특약의 보장개시

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 '라'목의 암보장개시일로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

제 17 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 18 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 19 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

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

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

③ 제1항에도 불구하고 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 제16조(특약의 보장개시)에도 불구하고 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 20 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 20 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제7항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 21 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 - 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 22 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에 따라 계산합니다.
- ② 회사는 이 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 해지될 경우 『해지율을 적용하지 않는 동일한 보장 내용의 상품(이하, '표준형'이라 합니다)』 해지환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

【해지환급금에 관한 사항】

- 1. 보험료 납입기간 중 이 특약이 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 이 특약이 해지될 경우 '표준형'의 해지환급금 대비 적은 해지환급금을 지급하는 대신 '표준형'보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
- 2. '표준형'의 해지환급금은 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

- ③ 제2항의 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】

계약일 : 2018년 9월 1일, 보험료 납입기간 : 20년납

⇒ 보험료 납입기간 중 : 2018년 9월 1일부터 2038년 8월 31일까지의 기간

- ④ 회사는 계약체결시 '해지환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 및 '표준형'의 보험료 및 해지환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

- ⑤ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ⑥ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ⑦ 제20조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 23 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 100만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
항암방사선 치료자금	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 경우(단, 최초 1회한)	100만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후 최초로 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후 '장해분류표'(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1명과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 이 특약의 암보장개시일은 계약일(계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일)로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
3. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제22조 제5항 관련)

구 분	기 간	지급이자
항암방사선 치료자금 (제6조), 사망 당시의 책임준비금 (제15조 제5항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일 까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】 장애분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 4 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 5 】

대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암 및 갑상선암 제외]

이 약관에서 규정하는 악성 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 ~ C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45 ~ C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51 ~ C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60 ~ C63
10. 요로의 악성 신생물	C64 ~ C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76 ~ C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81 ~ C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

항암방사선치료특약(갱신형)(T2.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약 : 주계약에 추가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 특성은 다음과 같습니다.

[본인형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

[배우자형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 피보험자의 가족 관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다)로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 주피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우에는 제외합니다)에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 지급합니다.

(4) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

(5) '(3)'의 규정에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 3 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 4 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

라. 암보장개시일: 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 최초 계약의 경우 계약일부 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약 체결 시점)의 평균공시이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제11조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제14조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '암' 등의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암 및 갑상선암 제외]'(별표 5 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물), 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 혈액(Hemic System)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때(암이 전신으로 전이되어 조직검사가 불가능한 경우나 피보험자가 사망한 경우 등을 말합니다)에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제 4 조 항암방사선치료의 정의

이 특약에 있어서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

제 5 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 6 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 항암방사선치료자금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.(최초 1회한)

제 7 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후 최초로 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단 확정되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 피보험자가 암으로 진단 확정 받아 보험료의 납입이 면제되고, 이후 갱신계약에서 이미 보험료의 납입을 면제한 암과 동일한 암으로 진단되는 경우(이미 보험료의 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함) 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고, 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단 확정되어 보험료 납입이 면제된 '암'이라

하더라도, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후 동일한 암으로 진단되는 경우 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. '보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안'에는 특약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.

⑤ 제4항의 '보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제20조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 제4항의 '보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일'은 부활(효력회복)을 청약한 날로 적용합니다.

⑦ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

⑧ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 3 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 3 참조)의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑭ 제1항 및 제13항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑮ 장해분류표(별표 3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표 3 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑯ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 책임준비금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본

2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장

3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 10 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 지급, 책임준비금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.

③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액

제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제6조(보험금의 지급사유) 및 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제20조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 12 조 특약의 무효

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

2. 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 암으로 진단이 확정된 경우

② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 특약보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우

2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 13 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 14 조 특약의 갱신

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우

2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우

3. 제16조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우

④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 15 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제14조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년(최초계약의 보험기간이 20년인 경우에는 20년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 16 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 - 2. 피보험자가 사망한 경우
 - ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 가. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 나. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보한 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
 - 3. 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우
- ② 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 ‘바’목 [본인형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ③ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 ‘바’목 [배우자형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제1항 제2호의 경우 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제10조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 17 조 특약의 보장개시

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 ‘라’목의 암보장개시일로하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.
- ② 갱신계약의 경우 제2조(용어의 정의) 제5호 ‘라’목의 ‘갱신일’을 보장개시일 및 암보장개시일로 합니다.

제 18 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입 기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 19 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 - 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 - 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 20 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 제17조(특약의 보장개시)에도 불구하고 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 21 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해

지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 21 조의 2 위법계약의 해지

① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 22 조 중대사유로 인한 해지

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 23 조 해지환급금

① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제21조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 24 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 100만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
항암방사선 치료자금	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 경우(단, 최초 1회한)	100만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후 최초로 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단 확정되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 피보험자가 암으로 진단 확정 받아 보험료의 납입이 면제되고, 이후 갱신계약에서 이미 보험료의 납입을 면제한 암과 동일한 암으로 진단되는 경우(이미 보험료의 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함) 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
4. 주3)에도 불구하고, 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단 확정되어 보험료 납입이 면제된 '암'이라 하더라도, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나 는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후 동일한 암으로 진단 되는 경우 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. '보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나 는 동안'에는 특약이 자동갱신되어 5년 을 지나는 경우를 포함합니다.
5. 주1) 내지 주4)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입 하여야 합니다.
6. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
7. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특 약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
항암방사선 치료자금 (제6조), 사망 당시의 책임준비금 (제16조 제4항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해지환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일 까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】 장해분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 4 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 5 】

대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암 및 갑상선암 제외]

이 약관에서 규정하는 악성 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 ~ C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45 ~ C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51 ~ C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60 ~ C63
10. 요로의 악성 신생물	C64 ~ C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76 ~ C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81 ~ C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

항암방사선치료특약Ⅱ(T2.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약 : 주계약에 추가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 특성은 다음과 같습니다.

[본인형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

[배우자형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 피보험자의 가족 관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다)로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 주피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우에는 제외합니다)에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 지급합니다.

(4) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

(5) '(3)'의 규정에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 3 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 4 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

라. 암보장개시일: 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 계약일(계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '암' 등의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암 및 갑상선암 제외]'(별표 5 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물), 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 제1항 내지 제3항에서 정한 '암', '기타피부암' 및 '갑상선암'을 '암, 기타피부암 및 갑상선암'이라 합니다.

⑤ '암, 기타피부암 및 갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 혈액(Hemic System)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때(암이 전신으로 전이되어 조직검사가 불가능한 경우나 피보험자가 사망한 경우 등을 말합니다)에는 피보험자가 '암, 기타피부암 및 갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제 4 조 항암방사선치료의 정의

이 특약에 있어서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 이

용하는 치료법을 말합니다.

제 5 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 6 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암은 암보장개시일) 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제4항에서 정한 ‘암, 기타피부암 및 갑상선암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 항암방사선치료자금Ⅱ(별표 1 ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.(최초 1회한)

제 7 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 보장개시일(암은 암보장개시일) 이후 최초로 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단이 확정되거나 장해분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1명과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, ‘장해분류표’(별표 3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ④ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 3 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑥ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에

대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑦ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해 분류표(별표 3 참조)의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑧ 제1항 및 제7항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑨ 장해분류표(별표 3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 3 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑩ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제8조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 책임준비금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본

2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장

3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료중 일정액을 회사가 적립

제 10 조 보험금 등의 지급절차

- ① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제6조(보험금의 지급사유) 및 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제19조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 12 조 특약의 무효

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
 1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
 2. 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 암으로 진단이 확정된 경우
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 특약보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 13 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다

다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약은 보험료 납입기간의 변경(감액완납보험으로의 변경 포함)이 제한됩니다.

【감액완납보험】

차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 가입금액을 감액하는 보험

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안 내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 14 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일하거나 그 이내로 합니다.

제 15 조 특약의 소멸

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

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

2. 피보험자가 사망한 경우

3. 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [본인형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [배우자형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

⑤ 제1항 제2호의 경우 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

⑥ 제5항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제10조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 16 조 특약의 보장개시

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 '라'목의 암보장개시일로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

제 17 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선

택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 18 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

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

③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 19 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

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

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

③ 제1항에도 불구하고 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 제16조(특약의 보장개시)에도 불구하고 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 20 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 20 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제7항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 21 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 22 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에 따라 계산합니다.
- ② 회사는 이 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 해지될 경우 『해지율을 적용하지 않는 동일한 보장 내용의 상품(이하, '표준형'이라 합니다)』 해지환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

【해지환급금에 관한 사항】

1. 보험료 납입기간 중 이 특약이 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 이 특약이 해지될 경우 '표준형'의 해지환급금 대비 적은 해지환급금을 지급하는 대신 '표준형'보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. '표준형'의 해지환급금은 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

- ③ 제2항의 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】

계약일 : 2018년 9월 1일, 보험료 납입기간 : 20년납

⇒ 보험료 납입기간 중 : 2018년 9월 1일부터 2038년 8월 31일까지의 기간

- ④ 회사는 계약체결시 '해지환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 및 '표준형'의 보험료 및 해지환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.
- ⑤ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ⑥ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ⑦ 제20조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 23 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 100만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
항암방사선 치료자금Ⅱ	보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암은 암보장개시일) 이후에 '암, 기타피부암 및 갑상선암'으로 진단 확정되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 경우(단, 최초 1회한)	100만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 보장개시일(암은 암보장개시일) 이후 최초로 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단 확정되거나 '장해분류표'(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1명과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 이 특약의 암보장개시일은 계약일(계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일)로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
3. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제22조 제5항 관련)

구 분	기 간	지급이자
항암방사선 치료자금Ⅱ (제6조), 사망 당시의 책임준비금 (제15조 제5항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일 까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】 장해분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 4 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 5 】

대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암 및 갑상선암 제외]

이 약관에서 규정하는 악성 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 ~ C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45 ~ C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51 ~ C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60 ~ C63
10. 요로의 악성 신생물	C64 ~ C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76 ~ C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81 ~ C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

항암방사선치료특약Ⅱ(갱신형)(T2.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 특성은 다음과 같습니다.

[본인형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

[배우자형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 피보험자의 가족 관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다)로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 주피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우에는 제외합니다)에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 지급합니다.

(4) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

(5) '(3)'의 규정에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 3 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 4 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

라. 암보장개시일: 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 최초 계약의 경우 계약일부 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약 체결 시점)의 평균공시이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제11조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제14조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '암' 등의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암 및 갑상선암 제외]'(별표 5 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물), 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 제1항 내지 제3항에서 정한 '암', '기타피부암' 및 '갑상선암'을 '암, 기타피부암 및 갑상선암'이라 합니다.

⑤ '암, 기타피부암 및 갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 혈액(Hemic System)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때(암이 전신으로 전이되어 조직검사가 불가능한 경우나 피보험자가 사망한 경우 등을 말합니다)에는 피보험자가 '암, 기타피부암 및 갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도

C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제 4 조 항암방사선치료의 정의

이 특약에 있어서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

제 5 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 6 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암은 암보장개시일) 이후에 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제4항에서 정한 '암, 기타피부암 및 갑상선암'으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 항암방사선치료자금 II(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다.(최초 1회한)

제 7 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후 최초로 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단 확정되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 피보험자가 암으로 진단 확정 받아 보험료의 납입이 면제되고, 이후 갱신계약에서 이미 보험료의 납입을 면제한 암과 동일한 암으로 진단되는 경우(이미 보험료의 납입을 면제한 질병의

종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함) 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

④ 제3항에도 불구하고, 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단 확정되어 보험료 납입이 면제된 ‘암’이라 하더라도, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후 동일한 암으로 진단되는 경우 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. ‘보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안’에는 특약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.

⑤ 제4항의 ‘보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제20조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 제4항의 ‘보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일’은 부활(효력회복)을 청약한 날로 적용합니다.

⑦ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

⑧ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 3 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 3 참조)의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑭ 제1항 및 제13항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑮ 장해분류표(별표 3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표 3 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑯ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 책임준비금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본

2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장

3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 10 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 지급, 책임준비금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제6조(보험금의 지급사유) 및 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제20조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 12 조 특약의 무효

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
 1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
 2. 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 암으로 진단이 확정된 경우
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 특약보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 1. 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 13 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 14 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우

2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
3. 제16조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 15 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제14조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년(최초계약의 보험기간이 20년인 경우에는 20년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 16 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 피보험자가 사망한 경우

‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

나. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보한 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
 3. 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우
- ② 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 ‘바’목 [본인형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ③ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 ‘바’목 [배우자형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제1항 제2호의 경우 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제10조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 17 조 특약의 보장개시

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 ‘라’목의 암보장개시일로하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.
- ② 갱신계약의 경우 제2조(용어의 정의) 제5호 ‘라’목의 ‘갱신일’을 보장개시일 및 암보장개시일로 합니다.

제 18 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 19 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 20 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 제17조(특약의 보장개시)에도 불구하고 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 21 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 21 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 22 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 23 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제21조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 24 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 100만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
항암방사선 치료자금Ⅱ	보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암은 암보장개시일) 이후에 ‘암, 기타피부암 및 갑상선암’으로 진단 확정되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 경우(단, 최초 1회한)	100만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후 최초로 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단 확정되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 피보험자가 암으로 진단 확정 받아 보험료의 납입이 면제되고, 이후 갱신계약에서 이미 보험료의 납입을 면제한 암과 동일한 암으로 진단되는 경우(이미 보험료의 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함) 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
4. 주3)에도 불구하고, 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단 확정되어 보험료 납입이 면제된 ‘암’이라 하더라도, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나 는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후 동일한 암으로 진단 되는 경우 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. ‘보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나 는 동안’에는 특약이 자동갱신되어 5년 을 지나는 경우를 포함합니다.
5. 주1) 내지 주4)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입 하여야 합니다.
6. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
7. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특 약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
항암방사선 치료자금Ⅱ (제6조), 사망 당시의 책임준비금 (제16조 제4항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해지환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일 까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】 장해분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 4 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 5 】

대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암 및 갑상선암 제외]

이 약관에서 규정하는 악성 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 ~ C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45 ~ C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51 ~ C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60 ~ C63
10. 요로의 악성 신생물	C64 ~ C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76 ~ C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81 ~ C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

항암약물치료특약(T2.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약 : 주계약에 추가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 특성은 다음과 같습니다.

[본인형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

[배우자형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 피보험자의 가족 관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다)로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 주피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우에는 제외합니다)에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 지급합니다.

(4) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

(5) '(3)'의 규정에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 3 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 4 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

라. 암보장개시일: 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 계약일(계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일)부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '암' 등의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암 및 갑상선암 제외]'(별표 5 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물), 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 혈액(Hemic System)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때(암이 전신으로 전이되어 조직검사가 불가능한 경우나 피보험자가 사망한 경우 등을 말합니다)에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제 4 조 항암약물치료의 정의

이 특약에 있어서 '항암약물치료'라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 단, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제 5 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 6 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 항암약물치료자금(별표 1 ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.(최초 1회한)

제 7 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후 최초로 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단이 확정되거나 보장개시일 이후 장해분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1명과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, ‘장해분류표’(별표 3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ④ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 3 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑥ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑦ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장애 분류표(별표 3 참조)의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표 3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑧ 제1항 및 제7항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑨ 장애분류표(별표 3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표 3 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑩ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제8조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장애인단서, 진단서(병명기입), 진료기록부 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 책임준비금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본

2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장

3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 10 조 보험금 등의 지급절차

- ① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제6조(보험금의 지급사유) 및 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제19조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 12 조 특약의 무효

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
 1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
 2. 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 암으로 진단이 확정된 경우
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 특약보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 13 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약은 보험료 납입기간의 변경(감액완납보험으로의 변경 포함)이 제한됩니다.

【감액완납보험】

차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 가입금액을 감액하는 보험

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안 내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 14 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일하거나 그 이내로 합니다.

제 15 조 특약의 소멸

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

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

2. 피보험자가 사망한 경우

3. 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [본인형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [배우자형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

⑤ 제1항 제2호의 경우 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

⑥ 제5항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제10조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 16 조 특약의 보장개시

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 '라'목의 암보장개시일로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

제 17 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 18 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 19 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

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

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

③ 제1항에도 불구하고 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 제16조(특약의 보장개시)에도 불구하고 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 20 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 20 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제7항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 21 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 - 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 22 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에 따라 계산합니다.
- ② 회사는 이 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 해지될 경우 『해지율을 적용하지 않는 동일한 보장 내용의 상품(이하, '표준형'이라 합니다)』 해지환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

【해지환급금에 관한 사항】

- 1. 보험료 납입기간 중 이 특약이 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 이 특약이 해지될 경우 '표준형'의 해지환급금 대비 적은 해지환급금을 지급하는 대신 '표준형'보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
- 2. '표준형'의 해지환급금은 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

- ③ 제2항의 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】

계약일 : 2018년 9월 1일, 보험료 납입기간 : 20년납

⇒ 보험료 납입기간 중 : 2018년 9월 1일부터 2038년 8월 31일까지의 기간

- ④ 회사는 계약체결시 '해지환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 및 '표준형'의 보험료 및 해지환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.
- ⑤ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ⑥ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ⑦ 제20조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 23 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 100만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
항암약물 치료자금	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 경우(단, 최초 1회한)	100만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후 최초로 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후 '장해분류표'(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1명과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 이 특약의 암보장개시일은 계약일(계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일)로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
3. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제22조 제5항 관련)

구 분	기 간	지급이자
항암약물 치료자금 (제6조), 사망 당시의 책임준비금 (제15조 제5항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일 까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】 장해분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 4 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 5 】

대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암 및 갑상선암 제외]

이 약관에서 규정하는 악성 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 ~ C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45 ~ C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51 ~ C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60 ~ C63
10. 요로의 악성 신생물	C64 ~ C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76 ~ C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81 ~ C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

항암약물치료특약(갱신형)(T2.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 특성은 다음과 같습니다.

[본인형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

[배우자형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 피보험자의 가족 관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다)로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 주피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우에는 제외합니다)에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 지급합니다.

(4) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

(5) '(3)'의 규정에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 3 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 4 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

라. 암보장개시일: 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 최초 계약의 경우 계약일부 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약 체결 시점)의 평균공시이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제11조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제14조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '암' 등의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암 및 갑상선암 제외]'(별표 5 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물), 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 혈액(Hemic System)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때(암이 전신으로 전이되어 조직검사가 불가능한 경우나 피보험자가 사망한 경우 등을 말합니다)에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제 4 조 항암약물치료의 정의

이 특약에 있어서 ‘항암약물치료’라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 단, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제 5 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 6 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 항암약물치료자금(별표 1 ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.(최초 1회한)

제 7 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후 최초로 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단 확정되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 피보험자가 암으로 진단 확정 받아 보험료의 납입이 면제되고, 이후 갱신계약에서 이미 보험료의 납입을 면제한 암과 동일한 암으로 진단되는 경우(이미 보험료의 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함) 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

다.

- ④ 제3항에도 불구하고, 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단 확정되어 보험료 납입이 면제된 ‘암’이라 하더라도, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후 동일한 암으로 진단되는 경우 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. ‘보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안’에는 특약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.
- ⑤ 제4항의 ‘보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제20조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 제4항의 ‘보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일’은 부활(효력회복)을 청약한 날로 적용합니다.
- ⑦ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ⑧ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 3 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑫ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.
- ⑬ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 3 참조)의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
- ⑭ 제1항 및 제13항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.
- ⑮ 장해분류표(별표 3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표 3 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
- ⑯ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 책임준비금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본

2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장

3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 10 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 지급, 책임준비금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

- ② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다면 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제6조(보험금의 지급사유) 및 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제20조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 12 조 특약의 무효

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
 - 1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
 - 2. 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 암으로 진단이 확정된 경우
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 특약보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 - 1. 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우
 - 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 13 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 14 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 - 1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
 - 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 - 3. 제16조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우

- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 15 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제14조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년(최초계약의 보험기간이 20년인 경우에는 20년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 16 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 - 2. 피보험자가 사망한 경우
 - ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 가. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 나. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보한 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
 - 3. 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우
- ② 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 ‘바’목 [본인형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ③ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 ‘바’목 [배우자형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제1항 제2호의 경우 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제10조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 17 조 특약의 보장개시

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 ‘라’목의 암보장개시일로하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.
- ② 갱신계약의 경우 제2조(용어의 정의) 제5호 ‘라’목의 ‘갱신일’을 보장개시일 및 암보장개시일로 합니다.

제 18 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입 기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 19 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 - 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 - 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 20 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 제17조(특약의 보장개시)에도 불구하고 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 21 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 21 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 22 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 23 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제21조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적용한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 24 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 100만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
항암약물 치료자금	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 경 우(단, 최초 1회한)	100만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후 최초로 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단 확정되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 피보험자가 암으로 진단 확정 받아 보험료의 납입이 면제되고, 이후 갱신계약에서 이미 보험료의 납입을 면제한 암과 동일한 암으로 진단되는 경우(이미 보험료의 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함) 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
4. 주3)에도 불구하고, 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단 확정되어 보험료 납입이 면제된 '암'이라 하더라도, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나 는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후 동일한 암으로 진단 되는 경우 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. '보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나 는 동안'에는 특약이 자동갱신되어 5년 을 지나는 경우를 포함합니다.
5. 주1) 내지 주4)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입 하여야 합니다.
6. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
7. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특 약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
항암약물 치료자금 (제6조), 사망 당시의 책임준비금 (제16조 제4항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해지환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일 까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】 장애분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 4 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 5 】

대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암 및 갑상선암 제외]

이 약관에서 규정하는 악성 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 ~ C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45 ~ C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51 ~ C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60 ~ C63
10. 요로의 악성 신생물	C64 ~ C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76 ~ C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81 ~ C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

항암약물치료특약Ⅱ(T2.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약 : 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 특성은 다음과 같습니다.

[본인형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

[배우자형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 피보험자의 가족 관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다)로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 주피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우에는 제외합니다)에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 지급합니다.

(4) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

(5) '(3)'의 규정에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 3 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 4 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

라. 암보장개시일: 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 계약일(계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일)부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '암' 등의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암 및 갑상선암 제외]'(별표 5 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물), 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 제1항 내지 제3항에서 정한 '암', '기타피부암' 및 '갑상선암'을 '암, 기타피부암 및 갑상선암'이라 합니다.

⑤ '암, 기타피부암 및 갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 혈액(Hemic System)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때(암이 전신으로 전이되어 조직검사가 불가능한 경우나 피보험자가 사망한 경우 등을 말합니다)에는 피보험자가 '암, 기타피부암 및 갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제 4 조 항암약물치료의 정의

이 특약에 있어서 '항암약물치료'라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는

항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 단, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제 5 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 6 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암은 암보장개시일) 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제4항에서 정한 ‘암, 기타피부암 및 갑상선암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 항암약물치료자금Ⅱ(별표 1 ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.(최초 1회한)

제 7 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후 최초로 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단이 확정되거나 보장개시일 이후 장해분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1명과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, ‘장해분류표’(별표 3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ④ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 3 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산

한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑥ 제1항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 합니다.

⑦ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장애분류표(별표 3 참조)의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표 3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑧ 제1항 및 제7항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑨ 장애분류표(별표 3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표 3 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑩ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제8조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장애인단서, 진단서(병명기입), 진료기록부 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 책임준비금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본

2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장

3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 10 조 보험금 등의 지급절차

- ① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제6조(보험금의 지급사유) 및 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제19조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 12 조 특약의 무효

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
 1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
 2. 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 암으로 진단이 확정된 경우
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 특약보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 13 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약은 보험료 납입기간의 변경(감액완납보험으로의 변경 포함)이 제한됩니다.

【감액완납보험】

차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 가입금액을 감액하는 보험

- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안 내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 14 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일하거나 그 이내로 합니다.

제 15 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
 2. 피보험자가 사망한 경우
 3. 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우
- ② 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [본인형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [배우자형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ⑤ 제1항 제2호의 경우 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑥ 제5항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제10조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 16 조 특약의 보장개시

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 '라'목의 암보장개시일로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

제 17 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 18 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 19 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 제16조(특약의 보장개시)에도 불구하고 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 20 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 20 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제7항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 21 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 22 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에 따라 계산합니다.
- ② 회사는 이 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 해지될 경우 『해지율을 적용하지 않는 동일한 보장 내용의 상품(이하, '표준형'이라 합니다)』 해지환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

【해지환급금에 관한 사항】

1. 보험료 납입기간 중 이 특약이 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 이 특약이 해지될 경우 '표준형'의 해지환급금 대비 적은 해지환급금을 지급하는 대신 '표준형'보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. '표준형'의 해지환급금은 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

- ③ 제2항의 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】

계약일 : 2018년 9월 1일, 보험료 납입기간 : 20년납

⇒ 보험료 납입기간 중 : 2018년 9월 1일부터 2038년 8월 31일까지의 기간

- ④ 회사는 계약체결시 '해지환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 및 '표준형'의 보험료 및 해지환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.
- ⑤ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ⑥ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ⑦ 제20조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등**제 23 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용**

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 100만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
항암약물 치료자금Ⅱ	보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암은 암보장개시일) 이후에 '암, 기타피부암 및 갑상선암'으로 진단 확정되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 경우(단, 최초 1회한)	100만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후 최초로 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후 '장해분류표'(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1명과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 이 특약의 암보장개시일은 계약일(계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일)로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
3. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제22조 제5항 관련)

구 분	기 간	지급이자
항암약물 치료자금Ⅱ (제6조), 사망 당시의 책임준비금 (제15조 제5항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일 까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】 장해분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 4 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 5 】

대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암 및 갑상선암 제외]

이 약관에서 규정하는 악성 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 ~ C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45 ~ C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51 ~ C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60 ~ C63
10. 요로의 악성 신생물	C64 ~ C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76 ~ C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81 ~ C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

항암약물치료특약Ⅱ(갱신형)(T2.2) 무배당[본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약 : 주계약에 추가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 특성은 다음과 같습니다.

[본인형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

[배우자형]

(1) 이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 피보험자의 가족 관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다)로 합니다.

(2) 이 특약의 피보험자는 주계약이 2인보장보험일 때에는 특약 체결시 주계약 주피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

(3) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우에는 제외합니다)에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 지급합니다.

(4) 피보험자가 '(1) 및 (2)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

(5) '(3)'의 규정에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 3 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 4 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

라. 암보장개시일: 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 최초 계약의 경우 계약일부 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약 체결 시점)의 평균공시이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제11조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제14조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '암' 등의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암 및 갑상선암 제외]'(별표 5 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물), 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 제1항 내지 제3항에서 정한 '암', '기타피부암' 및 '갑상선암'을 '암, 기타피부암 및 갑상선암'이라 합니다.

⑤ '암, 기타피부암 및 갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 혈액(Hemic System)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때(암이 전신으로 전이되어 조직검사가 불가능한 경우나 피보험자가 사망한 경우 등을 말합니다)에는 피보험자가 '암, 기타피부암 및 갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도

C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제 4 조 항암약물치료의 정의

이 특약에 있어서 ‘항암약물치료’라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 단, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(아노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제 5 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 6 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암은 암보장개시일) 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제4항에서 정한 ‘암, 기타피부암 및 갑상선암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 항암약물치료자금Ⅱ(별표 1 ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.(최초 1회한)

제 7 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후 최초로 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단 확정되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제

하여 드립니다. 다만, 피보험자가 암으로 진단 확정 받아 보험료의 납입이 면제되고, 이후 갱신계약에서 이미 보험료의 납입을 면제한 암과 동일한 암으로 진단되는 경우(이미 보험료의 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함) 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

④ 제3항에도 불구하고, 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단 확정되어 보험료 납입이 면제된 ‘암’이라 하더라도, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후 동일한 암으로 진단되는 경우 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. ‘보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안’에는 특약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.

⑤ 제4항의 ‘보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제20조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 제4항의 ‘보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일’은 부활(효력회복)을 청약한 날로 적용합니다.

⑦ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

⑧ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 3 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 정합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 3 참조)의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑭ 제1항 및 제13항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑮ 장해분류표(별표 3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표 3 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑯ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사

가 전액 부담합니다.

제 8 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 책임준비금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본

2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장

3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 10 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 지급, 책임준비금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ④ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제6조(보험금의 지급사유) 및 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제20조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 12 조 특약의 무효

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
 1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
 2. 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 암으로 진단이 확정된 경우
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 특약보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 1. 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 13 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 14 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
3. 제16조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 15 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제14조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년(최초계약의 보험기간이 20년인 경우에는 20년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 16 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 피보험자가 사망한 경우

‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

나. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보한 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
 3. 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우
- ② 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 ‘바’목 [본인형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ③ 이 특약의 피보험자가 제2조(용어의 정의) 제1호 ‘바’목 [배우자형]에서 정한 피보험자일 경우, 제1항 제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제1항 제2호의 경우 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제10조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 17 조 특약의 보장개시

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 ‘라’목의 암보장개시일로하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.
- ② 갱신계약의 경우 제2조(용어의 정의) 제5호 ‘라’목의 ‘갱신일’을 보장개시일 및 암보장개시일로 합니

다.

제 18 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 19 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 20 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 제17조(특약의 보장개시)에도 불구하고 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 21 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 21 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 22 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 23 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제21조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 24 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합

니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 100만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
항암약물 치료자금Ⅱ	보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암은 암보장개시일) 이후에 ‘암, 기타피부암 및 갑상선암’으로 진단 확정되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 경우(단, 최초 1회한)	100만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1인과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후 최초로 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단 확정되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 피보험자가 암으로 진단 확정 받아 보험료의 납입이 면제되고, 이후 갱신계약에서 이미 보험료의 납입을 면제한 암과 동일한 암으로 진단되는 경우(이미 보험료의 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함) 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
4. 주3)에도 불구하고, 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단 확정되어 보험료 납입이 면제된 ‘암’이라 하더라도, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나 는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후 동일한 암으로 진단 되는 경우 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. ‘보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나 는 동안’에는 특약이 자동갱신되어 5년 을 지나는 경우를 포함합니다.
5. 주1) 내지 주4)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입 하여야 합니다.
6. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
7. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특 약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
항암약물 치료자금Ⅱ (제6조), 사망 당시의 책임준비금 (제16조 제4항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해지환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일 까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】 장해분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 4 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 5 】

대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암 및 갑상선암 제외]

이 약관에서 규정하는 악성 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 ~ C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45 ~ C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51 ~ C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60 ~ C63
10. 요로의 악성 신생물	C64 ~ C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76 ~ C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81 ~ C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

허혈성심장질환수술보장특약(갱신형)(T2.2) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약 : 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 주계약의 피보험자로 합니다.

이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 4 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 5 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 이 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제11조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제14조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '허혈성심장질환'의 정의 및 진단 확정

- ① 이 특약에 있어서 '허혈성심장질환'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '허혈성심장질환 분류표'(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② '허혈성심장질환'의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심근효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 특약의 보험기간 중 '허혈성심장질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인(死因)이 '허혈성심장질환'으로 확정되거나 추정되는 경우

제 4 조 수술의 정의와 장소

- ① 이 특약에 있어서 '수술'이라 함은 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 피보험자에게 '허혈성심장질환'으로 인한 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 수술을 받는 경우를 말합니다.
- ② 제1항에서 '수술'은 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 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) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '수술'에서 제외합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 5 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병

으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 6 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 ‘허혈성심장질환’으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 허혈성심장질환 수술자금(별표 1 ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.(최초 1회한)

제 7 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1명과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ④ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 4 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.
- ⑨ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 4 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
- ⑩ 제1항 및 제9항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.
- ⑪ 장해분류표(별표 4 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 4 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진단서(병명기입), 수술확인서, 사망진단서, 장해진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 책임준비금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본

2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장

3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 10 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 및 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제6조(보험금의 지급사유) 및 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제20조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 12 조 특약의 무효

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 13 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 14 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
3. 제16조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 15 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제14조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년(최초계약의 보험기간이 20년인 경우에는 20년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 16 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 피보험자가 사망한 경우
 3. 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우
- ② 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제10조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 17 조 특약의 보장개시

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 18 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입 기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 19 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험 기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험 계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 20 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

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

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

③ 제1항에도 불구하고 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 21 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 21 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 22 조 중대사유로 인한 해지

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 - 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 23 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제21조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 24 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
허혈성심장질환 수술자금	보험기간 중 피보험자가 '허혈성심장질환'으로 진단 이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적 으로 수술을 받았을 경우(최초 1회한)	1,000만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1명과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 주1) 및 주2)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. 이 특약의 '허혈성심장질환'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '허혈성심장질환 분류표'(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
5. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
허혈성심장질환 수술자금(제6조), 사망 당시의 책임준비금 (제16조 제4항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기 간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하
 지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지
 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거
 절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에
 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

허혈성심장질환 분류표

이 약관에서 규정하는 ‘허혈성심장질환’으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
협심증	I20
급성 심근경색증	I21
후속심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
기타 급성 허혈성심장질환	I24
만성 허혈성심장병	I25

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

【 별표 4 】 장애분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 5 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

허혈성심장질환입원특약(갱신형)(T2.2) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약 : 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 주계약의 피보험자로 합니다.

이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 4 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 5 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 이 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제11조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제14조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '허혈성심장질환'의 정의 및 진단 확정

- ① 이 특약에 있어서 '허혈성심장질환'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '허혈성심장질환 분류표'(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② '허혈성심장질환'의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심근효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 특약의 보험기간 중 '허혈성심장질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인(死因)이 '허혈성심장질환'으로 확정되거나 추정되는 경우

제 4 조 입원의 정의와 장소

이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 피보험자에게 '허혈성심장질환'으로 인한 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 5 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 6 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 '허혈성심장질환'으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 허혈성심장질환 입원급여금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 7 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는

재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1명과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제13조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 허혈성심장질환 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.

⑤ 피보험자가 동일한 '허혈성심장질환'의 치료를 직접적인 목적으로 하여 입원을 2회 이상 한 경우(이전(移轉)하여 입원한 경우도 포함합니다)에는 1회 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더하여 제4항을 적용합니다. 그러나, 동일한 '허혈성심장질환'에 의한 입원이라도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

1. 허혈성심장질환 입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과한 날부터 개시한 입원
2. 허혈성심장질환 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 퇴원없이 계속 입원하여 180일이 경과한 날부터의 입원

【제7조 제5항 제2호 관련 보장기간 예시】

	퇴원없이 계속 입원			...
	보장일수(120일)	보장제외(180일)	보장일수(120일)	
최초입원일	허혈성심장질환 입원급여금이 지급된 최종입원일		보장재개일	

⑥ 피보험자가 허혈성심장질환 입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제4항에 따라 계속 허혈성심장질환 입원급여금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 허혈성심장질환 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 제1항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표 4 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표 4 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합

산한 장해지급률과 최초 장애의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 4 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑭ 제1항 및 제13항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑮ 장해분류표(별표 4 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장해분류표(별표 4 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑯ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제 6 조(보험금의 지급사유) 및 제 1 항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진단서(병명기입), 입원치료확인서, 사망진단서, 장해진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 책임준비금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본

2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장

3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

- ③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 10 조 보험금 등의 지급절차

- ① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 및 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제6조(보험금의 지급사유) 및 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제20조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 12 조 특약의 무효

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 13 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로

보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 14 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 3. 제16조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 15 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제14조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년(최초계약의 보험기간이 20년인 경우에는 20년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 16 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 피보험자가 사망한 경우
- ② 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제10조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 17 조 특약의 보장개시

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 18 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입 기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 19 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 20 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약

약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 21 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 21 조의 2 위법계약의 해지

① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 22 조 중대사유로 인한 해지

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 23 조 해지환급금

① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제21조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 24 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
허혈성심장질환 입원급여금	보험기간 중 피보험자가 '허혈성심장질환'으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우	입원 1일당 2만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1명과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 주1) 및 주2)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. 허혈성심장질환 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
5. 이 특약의 '허혈성심장질환'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '허혈성심장질환 분류표'(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
6. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
허혈성심장질환 입원급여금(제6조), 사망 당시의 책임준비금 (제16조 제4항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기 간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하
 지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지
 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거
 절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에
 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

허혈성심장질환 분류표

이 약관에서 규정하는 ‘허혈성심장질환’으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
협심증	I20
급성 심근경색증	I21
후속심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
기타 급성 허혈성심장질환	I24
만성 허혈성심장병	I25

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

【 별표 4 】 장애분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 5 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

허혈성심장질환진단특약(갱신형)(T2.2) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

이 특약의 피보험자는 주계약이 1인보장보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 장애: 별표 4 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: 별표 5 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약의 체결 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 다만, 추후 관련 제도의 변경으로 평균공시이율을 정할 수 없는 경우 회사가 정한 이율로 평균공시이율을 대체할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 이 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

5. 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 제10조(특약의 성립)에 따라 주계약에 부가하여 최초 성립된 계약을 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료후 제13조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우의 이 특약을 말합니다.

다. 갱신 전 계약: 이 특약이 갱신되기 직전 계약을 말합니다.

라. 갱신일: 갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '허혈성심장질환'의 정의 및 진단 확정

- ① 이 특약에 있어서 '허혈성심장질환'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '허혈성심장질환 분류표'(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② '허혈성심장질환'의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심근효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 특약의 보험기간 중 '허혈성심장질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인(死因)이 '허혈성심장질환'으로 확정되거나 추정되는 경우

제 4 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021. 1. 1 시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

·피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

·피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 5 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 '허혈성심장질환'으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 허혈성심장질환 진단자금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.(최초 1회한)

제 6 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1명과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제13조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ④ 최초계약의 경우 계약일부터 1년 미만에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 허혈성심장질환 진단자금의 50%를 지급합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 갱신계약의 경우 계약체결 후 1년 미만의 보험금 금액과 관련한 사항은 적용하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 그 후에 '허혈성심장질환'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제5조(보험금의 지급사유)의 허혈성심장질환 진단자금을 지급합니다. 그러나, 보장개시일의 전일 이전에 '허혈성심장질환'으로 진단이 확정된 경우에는 허혈성심장질환 진단자금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 제15조(특약의 소멸) 제4항에 따라 사망 당시의 책임준비금이 지급된 경우에는 해당 허혈성심장질환 진단자금에서 이미 지급된 사망 당시의 책임준비금을 차감하여 지급합니다.
- ⑧ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 4 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑫ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.
- ⑬ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 4 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만 장해분류표(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
- ⑭ 제1항 및 제13항에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.
- ⑮ 장해분류표(별표 4 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 4 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
- ⑯ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유) 및 제1항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 8 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 사망진단서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 책임준비금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 책임준비금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 및 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 10 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 청약할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

- ③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제5조(보험금의 지급사유) 및 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제19조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 11 조 특약의 무효

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 12 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 13 조 특약의 갱신

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
1. 보험기간 종료일까지 갱신전 보험료가 납입되지 않은 경우
 2. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
 3. 제15조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용(구체적인 보험료 변동 내용 및 과거 갱신보험료 변동 내역 등)을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제 14 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제13조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 15 조 특약의 소멸

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 - 2. 피보험자가 사망한 경우
 - 3. 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우
- ② 제1항 제2호의 '사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제1항 제2호의 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 16 조 특약의 보장개시

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 17 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 중에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제 18 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험

기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 19 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 20 조 계약자의 임의해지

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

제 20 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을

계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 21 조 중대사유로 인한 해지

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 22 조 해지환급금

① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제20조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 23 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
		1년미만	500만원
허혈성심장질환 진단자금	보험기간 중 피보험자가 '허혈성심장질환'으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	1년이상	1,000만원

- 주) 1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약체결 후 1년 미만의 보험금 감액과 관련한 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
2. 지급금액의 경과기간은 보험계약일부터 진단 확정일까지의 경과기간입니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 갱신계약에서 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 갱신된 특약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
4. 또한 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우(주계약이 2인 보장보험인 경우 주계약의 피보험자 중 1명과 동일한 경우를 포함합니다) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그 때부터 최초로 도래하는 갱신일 전일까지 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
5. 주3) 및 주4)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후에 제13조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
6. 이 특약의 '허혈성심장질환'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 허혈심장질환 분류표(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
7. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제22조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
허혈성심장질환 진단자금 (제5조), 사망 당시의 책임준비금 (제15조 제4항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기 간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

허혈성심장질환 분류표

이 약관에서 규정하는 '허혈성심장질환'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
협심증	I20
급성 심근경색증	I21
후속심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
기타 급성 허혈성심장질환	I24
만성 허혈성심장병	I25

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

【 별표 4 】 장애분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

【 별표 5 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 적용합니다. 이 경우 전환시점의 CI연금전환특약 약관, 보험요율 및 피보험자 보험나이와 연금개시시점의 피보험자 보험나이를 적용합니다.

CI연금전환특약(K4.2) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 전환전계약: 주된 보험계약을 말하며, 부가특약의 포함 여부는 아래와 같습니다.

- 이 특약의 피보험자와 전환전계약의 피보험자가 동일한 경우: 부가특약 전부에 대한 포함 여부를 계약자가 선택할 수 있습니다.
- 이 특약의 피보험자와 전환전계약의 피보험자가 다른 경우: 전환전계약의 부가특약 전부를 포함해야 하나, 전환전계약 사업방법서에서 별도의 부가특약 포함여부를 정한 경우에는 그 조건을 따릅니다.

나. 특약: 전환전계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 이 특약의 피보험자는 전환전 계약의 피보험자(전환전계약이 2인보장보험인 경우에는 전환전 계약의 주피보험자)로 합니다. 다만, 전환전 계약 사업방법서에서 별도의 피보험자를 정한 경우에는 그 조건을 따릅니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. CI: Critical Illness(중대한 질병)의 약자로 제3조('중대한 질병' 및 '중대한 화상 및 부식(화학약품등에 의한 피부 손상)'의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '중대한 질병', '중대한 화상 및 부식(화학약품등에 의한 피부 손상)' 또는 제4조('중대한 수술'의 정의)에서 정한 '중대한 수술'을 말합니다.

나. 장애: 별표 7 '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

라. 보장개시일: 이 특약의 보장개시일은 이 특약의 계약자가 신청한 연금전환일로 하며, 보장개시일을 보험계약일로 봅니다.

마. 중대한 암 보장개시일: 연금전환일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

3. 지급금 관련 용어

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

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 이 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '중대한 질병' 및 '중대한 화상 및 부식(화학약품등에 의한 피부 손상)'의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '중대한 질병'이라 함은 '중대한 질병'의 정의(별표 3 참조)에서 정한 질병 중 아래와 같습니다.

중대한 질병
중대한 암, 중대한 뇌졸중, 중대한 급성심근경색증, 말기신부전증, 말기간질환, 말기 만성폐질환, 루게릭병, 중증재생불량성빈혈

② 이 특약에 있어서 '유방암'이라 함은 '중대한 암' 중에서 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 '중대한 화상 및 부식(화학약품등에 의한 피부 손상)'이라 함은 '중대한 화상 및 부식(화학약품등에 의한 피부 손상)'의 정의(별표 4 참조)에서 정한 '중대한 화상 및 부식(화학약품등에 의한 피부 손상)'을 말합니다.

④ '중대한 질병' 및 '중대한 화상 및 부식(화학약품등에 의한 피부 손상)'의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(한의사, 치과의사 제외)의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제 4 조 '중대한 수술'의 정의

이 특약에 있어서 '중대한 수술'이라 함은 '중대한 수술'의 정의(별표 5 참조)에서 정한 '관상동맥(심장동맥)우회술', '대동맥인조혈관치환수술', '심장판막수술', '5대장기이식수술'을 말합니다.

제 5 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

· 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 6 조 보험금의 지급사유

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 연금(별표 1 '연금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 매년 보험계약 해당일에 살아있을 경우: 종신연금 지급
2. 피보험자에게 80세 계약해당일 이전 이 특약의 보험기간 중 다음 각 목의 어느 하나의 사유가 발

- 생하였을 경우(다만, 최초 발생 지급사유를 기준으로 지급) : CI연금 지급
- 가. '중대한 암 보장개시일' 이후에 '중대한 암'으로 진단 확정 되었을 경우
- 나. 보장개시일 이후에 '중대한 암 이외의 중대한 질병'으로 진단 확정 되거나 '중대한 수술'을 받았을 경우
- 다. 보장개시일 이후에 '중대한 화상 및 부식(화학약품등에 의한 피부손상)'으로 진단 확정 되었을 경우

제 7 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 연금전환일부터 1년 미만에 유방암으로 제6조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 CI연금의 지급사유가 발생한 경우에는 CI연금의 50%를 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 CI연금의 지급사유가 발생한 이후 유방암을 제외한 원인으로 CI연금의 지급사유가 발생한 경우에는 CI연금의 50%를 추가로 지급합니다. 다만, 보험기간 중 '중대한 암 보장개시일' 이후에 '유방암'으로 진단 확정된 이후 '유방암 이외의 암'으로 전이된 경우에는 보장하지 않습니다.
- ③ 계약자는 피보험자가 연금전환일로부터 '중대한 암 보장개시일' 전일 이전에 '중대한 암'으로 진단 확정된 경우에는 그 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 이 특약의 취소를 선택할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(이미 지급된 연금액 제외)를 돌려 드립니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 계약자가 원할 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(이미 지급된 연금액 제외)를 돌려 드리지 않고 연금전환일부터 전환되지 않은 것으로 하여 전환전계약의 약관을 적용합니다.
- ⑤ 연금전환일부터 '중대한 암 보장개시일' 전일 이전에 '중대한 암'으로 진단 확정되었으나 제3항에서 계약자가 이 특약의 취소를 선택하지 않은 때에는 연금전환일부터 '중대한 암 보장개시일' 전일 이전에 진단 확정된 '중대한 암'이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 '중대한 암'으로 제6조(보험금의 지급사유) 제2호의 보험금 지급사유가 발생한 경우라도 CI연금을 지급하지 않습니다. 다만, 연금전환일부터 '중대한 암 보장개시일' 전일 이전에 '중대한 암'으로 진단 확정 받더라도 '중대한 암 보장개시일' 이후 5년이 지나는 동안 그 '중대한 암'으로 인하여 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, '중대한 암 보장개시일'부터 5년이 지난 이후에는 제2항 및 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑥ 80세 계약해당일 이전 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일('중대한 암'은 '중대한 암 보장개시일') 이후에 사망하고, 그 후에 '중대한 질병'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제6조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 CI연금을 지급합니다. 그러나 보장개시일('중대한 암'은 '중대한 암 보장개시일')의 전일 이전에 '중대한 질병'으로 진단이 확정된 경우에는 CI연금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6조(보험금의 지급사유)에서 '중대한 질병' 중 '중대한 뇌졸중'의 경우, '중대한 뇌졸중'의 정의(별표 3 참조)에도 불구하고, 피보험자가 80세 계약해당일 이전 이 특약의 보험기간중 사망하고 그 후에 '뇌졸중'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제6조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 CI연금을 지급합니다. 여기서 '뇌졸중'이라 함은 '뇌출혈 및 뇌경색증' 분류표(별표 6 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, '중대한 질병'의 정의(별표 3 참조)에서 정한 '중대한 뇌졸중'을 직접적인 원인으로 사망한 경우에는 제6항을 적용합니다.
- ⑧ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유), 제1항 및 제2항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조 공시이율의 적용 및 공시

- ① 이 특약에 적용되는 이율은 매월 1일 회사가 정한 공시이율(이하 '공시이율'이라 합니다)로 합니다. 공시이율의 최저보증이율은 이 특약의 계약일로부터 3년 이내에는 연복리 1.0%, 3년초과 5년내에는 연복리 0.75%, 5년을 초과하는 경우에는 연복리 0.5%를 적용합니다.

- ② 제1항의 공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 객관적인 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정합니다.
- ③ 회사는 제1항 내지 제2항에서 정한 공시이율 및 산출방법 등을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

【 공시이율 】

보험회사가 장래 보험금 지급을 위하여 납입보험료의 일정 부분을 적립해 가는데, 이때 적용하는 이율을 의미합니다. 이 보험의 공시이율은 회사의 운용자산이익률, 객관적인 외부지표금리(국고채 수익률 등 시중금리) 및 향후 운용수익률 예측분을 혼합하여 일정기간마다 산출하여 공시하고 있습니다.

【 최저보증이율 】

운용자산이익률 및 시중금리가 하락되더라도 회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율을 말합니다. 예를 들어, 공시이율을 적용하여 적립하는 금액은 공시이율이 0.25%인 경우, 공시이율(0.25%)이 아닌 최저보증이율(계약일로부터 3년 이내에는 연복리 1.0%, 3년초과 5년이내에는 연복리 0.75%, 5년을 초과하는 경우에는 연복리 0.5%)로 적립됩니다.

제 9 조 보험금의 청구

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서[진단서(병명기입), 수술확인서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.
1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
 2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
 3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서
- ③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 10 조 보험금의 지급절차

- ① 회사는 제9조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금의 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 연금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 제1항의 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기

2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제8항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급 제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전 해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유의 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제 11 조 보험수익자의 지정

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 제6조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우는 계약자를 보험수익자로 하고, 같은 조 제2호의 경우는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 12 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 전환전계약에 부가하여 이루어 집니다. 다만, 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절할 수 있습니다.
- ② 계약자는 이 특약을 청약할 때 보증지급기간(10년, 20년, 100세보증)을 선택하여야 하며, 보험기간, 연금개시나이 등 세부사항은 사업방법서에서 정한 바에 따릅니다.
- ③ 회사는 전환전계약의 해지환급금, 중도인출금액 또는 만기보험금 등(중도보험금 미수령액이 있을 경우 이를 포함한 금액, 이하 '지급금'이라 합니다)의 지급사유 발생시 지급금의 전부 또는 일부를 계약자의 신청에 따라 계약자에게 연금으로 전환하여 드립니다. 이 경우 이 특약의 보험증권을 발행하여 드립니다.
- ④ 전환신청 당시 보험수익자가 별도로 지정된 지급금에 대하여는 해당 보험수익자 및 피보험자가 변경된 경우에는 변경된 피보험자의 서면에 의한 동의가 있어야 제3항에 따라 전환 신청할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ⑥ 회사가 제5항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 연금전환일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 연금전환일로부터 5년이 지난 이후에는 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제 13 조 특약의 무효

- ① 이 특약을 체결할 때 이 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 이 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료(이미 지급된 연금액 제외)를 돌려 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 계약자가 원할 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(이미 지급된 연금액 제외)를 돌려 드리지 않고 연금전환일부터 전환되지 않은 것으로 하여 전환전계약의 약관을 적용합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 회사의 고의 또는 과실로 이 특약이 무효로 된 경우
2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 14 조 특약내용의 변경 등

계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

제 15 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 보장개시일부터 종신까지로 합니다.

제 16 조 특약의 소멸

- ① 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 연금의 지급이 완료되었거나 피보험자가 사망하였을 때에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
- ② 제1항 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 17 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

이 특약의 보험료는 전환전계약의 지급금의 전부 또는 일부를 일시에 납입하는 것으로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 18 조 계약자의 임의해지

계약자는 전환전 계약이 이 특약으로 전환된 이후에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

제 18 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제19조(해지환급금) 제2항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 19 조 해지환급금

- ① 이 특약은 해지환급금이 없습니다.
- ② 제18조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.
- ③ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.

제 6 관 분쟁의 조정 등

제 20 조 소멸시효

- ① 보험금 청구권 및 보험료 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.
- ② 제1항의 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.

제 7 관 기타사항 등

제 21 조 전환전계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 전환전계약 약관을 준용합니다.

연금 지급기준표

급부명칭	지 급 내 용		
연금		지급사유	금 액
	종신 연금	연금개시일 이후 피보험자가 매년 보험계약 해당일에 살아있을 경우	이 특약의 보험료를 기준으로 피보험자가 생존한 기간동안 (10년보증, 20년보증, 100세보증) 산출방법서에서 정한 방법에 따라 연금액을 분할 계산하여 매년 보험계약 해당일에 지급
	CI 연금	연금개시일 이후 보장개시일('중대한 암' 은 '중대한 암 보장개시일')부터 80세 계약해당일 전일까지 피보험자가 '중대한 질병'으로 진단 확정 받거나 '중 대한 수술'을 받았을 경우 또는 '중대한 화상 및 부식(화학약품등에 의한 피부손 상)'으로 진단 확정을 받은 경우 (최초 1회한)	종신연금 연금액의 1배를 10년동안 매년 진단 확정일에 지급(10회확정)

- 주) 1. '이 특약의 보험료'란 전환전계약의 사업방법서에서 정한 바에 따라 전환전계약의 지급금의 전부 또는 일부를 말합니다.
2. 이 특약의 공시이율은 사업방법서에서 정한 방법에 따라 회사가 매월 1일 결정하며, 공시이율의 최저보증이율은 이 특약의 계약일로부터 3년 이내에는 연복리 1.0%, 3년초과 5년이내에는 연복리 0.75%, 5년을 초과하는 경우에는 연복리 0.5%를 적용합니다.
3. 연금전환일부터 '중대한 암 보장개시일' 이후 1년 미만에 유방암으로 CI연금의 지급사유가 발생한 경우에는 CI연금의 50%를 10년동안(10회 확정) 매년 진단 확정일에 지급합니다.
4. 단, 주3)에 따라 CI연금의 지급사유가 발생한 이후 유방암을 제외한 원인으로 CI연금의 지급사유가 발생한 경우에는 CI연금의 50%를 추가로 10년동안(10회 확정) 매년 진단 확정일에 지급합니다.
5. 연금액의 계산은 이 특약의 보험료를 기준으로 이 특약의 공시이율을 적용하여 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에서 정한 방법에 따라 계산되며, 공시이율이 변경되면 실제 지급되는 연금액도 변경됩니다.
6. 종신연금의 경우 보증지급기간(10년, 20년, 100세 보증) 동안 지급되지 않은 종신연금액을, CI연금의 경우 확정지급기간(10회 확정) 동안 지급되지 않은 CI연금액을 산출방법서에 따라 공시이율로 할인하여 일시금으로 선지급 받을 수 있으며, 피보험자가 사망한 경우 또한 같습니다.
7. 종신연금의 100세보증은 피보험자 나이를 기준으로 합니다.
8. CI발생시 '중대한 질병', '중대한 수술' 또는 '중대한 화상 및 부식(화학약품등에 의한 피부 손상)' 중 최초로 발생한 지급사유를 기준으로 CI연금을 지급합니다.
9. 연금은 매월, 매3개월, 매6개월로 분할하여 지급받을 수 있습니다.
10. 해당월의 보험계약 해당일이 없는 경우에는 해당월의 말일을 보험계약 해당일로 합니다.
11. 이 특약의 보장개시일은 이 특약의 계약자가 신청한 연금전환일로 합니다.
12. 이 특약의 '중대한 암 보장개시일'은 연금전환일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제19조 제3항 관련)

구 분	기 간		지급이자
제1회 CI연금 (제6조 제2호)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간		보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
제2회 이후의 CI연금 및 종신연금 (제6조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청 구일까지의 기간	보험기간 만기일(단, 이 특약이 더 이상의 효력을 가지지 않게 된 경우 에는 효력을 가지지 않게 된 날) 이 내	공시이율
		보험기간 만기일(단, 이 특약이 더 이상의 효력을 가지지 않게 된 경우 에는 효력을 가지지 않게 된 날) 이 후	- 1년 이내 : 공시이율의 50% - 1년 초과 기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해지환급금 (제19조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간		-1년 이내: 공시이율의 50% -1년 초과기간:1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 공시이율 및 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 연금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
3. 지급이자는 연단위 복리로 일자계산하며, 소멸시효(제20조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
4. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 제10조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표 3 】

‘중대한 질병’의 정의

I. 중대한 암(Critical Cancer)

- ① ‘중대한 암’이라 함은 악성종양세포가 존재하고 또한 주위 조직으로 악성종양세포의 침윤파괴적 증식으로 특징 지을 수 있는 악성종양을 말하며, 다음 각 호에 해당하는 경우는 보장에서 제외합니다.
 1. 다음의 가. ~ 사.에 해당하는 악성종양
 - 가. 악성흑색종(melanoma) 중에서 침범정도가 낮은 (Breslow 분류법상 그 깊이가 1.5mm 이하인 경우를 말합니다) 경우
 - 나. 초기전립선암(본 상품의 ‘초기 전립선암’이란 modified Jewett 병기분류상 stage B0 이하 또는 TNM병기상 T1c 이하인 모든 전립선암을 말합니다)
 - 다. 갑상선의 악성 신생물(C73) 또는 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))에 해당하는 질병 중 갑상선을 일차부위로 하는 질병
 - 라. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염과 관련된 악성종양(단, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염으로 인한 악성종양은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외)
 - 마. 악성흑색종(melanoma) 이외의 모든 피부암(C44)
 - 바. 「중대한 암 보장개시일」 전일 이전에 발생한 암이 「중대한 암 보장개시일」이후에 재발되거나 전이된 경우
 - 사. 대장점막내암(‘대장점막내암’이란 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.)
 2. 병리학적으로 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential), 제자리암(carcinoma in-situ), 경계성종양 등 ‘중대한 암’에 해당하지 않는 질병
 3. 신체부위에 관계없이 병리학적으로 현재 양성종양인 경우
- ② 암의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 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.
- ③ 상기의 진단이 가능하지 않을 때(암이 전신으로 전이되어 조직검사가 불가능한 경우 등을 말합니다)에만 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 의사가 작성한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침’에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【‘일반 암’과 ‘중대한 암’의 차이점】

일반 암은 한국표준질병·사인분류 중 악성 신생물로 분류되는 질병을 “악성 신생물 분류표”를 근거로 특정하여 보장하는 것을 말하며, 중대한 암은 “악성 신생물 분류표”를 별도 사용하지 않고 약관 내용과 같이 중대한 암으로 “정의”된 악성종양을 말합니다. 다만, 중대한 암에서는 “악성 신생물 분류표”의 악성종양이라 하여도 약관상 기술된 “제외 악성종양”에 해당되는 경우에는 중대한 암에 포함되지 않는 것이 차이점입니다.

II. 중대한 뇌졸중(Critical Stroke)

- ① '중대한 뇌졸중'이라 함은 지주막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색이 발생하여 뇌혈액 순환의 급격한 차단이 생겨 그 결과 영구적인 신경학적 결손(언어장애, 운동실조, 마비 등)이 나타나는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 '뇌혈액순환의 급격한 차단'은 의사가 작성한 진료기록부상의 전형적인 병력을 기초로 하여야 하며, '영구적인 신경학적 결손'이란 주관적인 자각증상(symptom)이 아니라 신경학적인 검사를 기초로 한 객관적인 신경학적증후(sign)로 나타난 장애로서 별표 3 장애분류표에서 정한 '신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때'의 지급률이 25% 이상인 장애상태 [장애분류별 판정기준 13. 신경계·정신행동 장애 가. 장애의 분류 1. 및 나. 장애판정기준 1) 신경계 가), 다)에 따라 판정함]를 말합니다.
- ③ '중대한 뇌졸중'의 진단 확정은 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영술(PET), 단일광자전산화단층촬영술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 영구적인 신경학적 결손과 일치하는 '중대한 뇌졸중'에 특징적인 소견이 발병 당시 새롭게 출현함을 근거로 하여야 합니다.
- ④ 일과성허혈발작(transient ischemic attack), 가역적허혈성신경학적결손(reversible ischemic neurological deficit)은 보장에서 제외합니다. 또한, 다음의 각 호에 해당하는 뇌출혈, 뇌경색은 보장에서 제외합니다.
 1. 외상에 의한 경우
 2. 뇌종양으로 인한 경우
 3. 뇌수술 합병증으로 인한 경우
 4. 신경학적결손을 가져오는 안동맥(ophthalmic artery)의 폐색으로 인한 경우

【'뇌졸중'과 '중대한 뇌졸중'의 차이점】

뇌졸중은 한국표준질병사인분류 중 "뇌졸중 분류표"에 특정하여 보장하는 것을 말하며, 중대한 뇌졸중은 "뇌졸중 분류표"를 사용하지 않고 약관 내용과 같이 "중대한 뇌졸중의 정의"에 의거 뇌혈액순환의 급격한 차단 및 영구적인 신경학적 결손(일정부분의 장애상태)이 동반된 경우를 말합니다. 따라서, "뇌졸중 분류표"에는 해당되지만 중대한 뇌졸중으로는 인정이 되지 않는 "제외 뇌졸중"이 존재하는 것이 차이점입니다.

III. 중대한 급성심근경색증(Critical Acute Myocardial Infarction)

- ① '중대한 급성심근경색증'이라 함은 관상동맥(심장동맥)의 폐색으로 말미암아 심근으로의 혈액공급이 급격히 감소되어 전형적인 흉통의 존재와 함께 해당 심근조직의 비가역적인 괴사를 가져오는 질병으로서 발병 당시 다음의 두 가지 특징을 모두 보여야 합니다.
 1. 전형적인 급성심근경색의 심전도 변화(ST분절, T파, Q파)가 새롭게 출현
 2. CK-MB를 포함한 심근효소의 발병당시 새롭게 상승
- ② 안정형협심증, 불안정형협심증, 변형협심증을 포함한 모든 종류의 협심증은 보장에서 제외합니다.
- ③ 혈액 중 심근효소만으로 급성심근경색증 진단을 내린다면 심전도검사만으로 급성심근경색증 진단을 내리는 경우는 보장에서 제외되며 또한 심초음파검사나 핵의학검사, 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영술(PET) 등을 기초로 급성심근경색증 진단을 내리는 경우도 보장에서 제외하며, 심근의 미세경색이나 작은 손상(Myocardial Microinfarction or Minimal Myocardial Damage)도 보장에서 제외합니다.

【'급성심근경색증'과 '중대한 급성심근경색증'의 차이점】

급성심근경색은 한국표준질병사인분류 중 "급성심근경색증 분류표"를 근거로 특정하여 보장하는 것을 말하며, 중대한 급성심근경색은 "급성심근경색증 분류표"를 사용하지 않고 약관과 같이 "정의 등 진단방법"을 상세히 기술하여 "중대한 급성심근경색증의 특징 및 진단방법"을 명확하고 구체적으로 기술하였다는 점에 차이가 있습니다.

IV. 말기신부전증(End Stage Renal Disease)

‘말기신부전증’이라 함은 양쪽 신장 모두가 만성적으로 비가역적인 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease)으로서, 보존요법으로는 치료가 불가능하여 현재 혈액투석이나 복막투석을 받고 있거나 받는 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 제외합니다.

V. 말기간질환(End Stage Liver Disease)

- ① ‘말기간질환’이라 함은 간경변증을 일으키는 말기의 간질환을 말하며, 다음의 세 가지 특징을 모두 보여야 합니다.
1. 영구적인 황달(jaundice)
 2. 복수(ascites)
 3. 간성뇌병증(hepatic encephalopathy)
- ② ‘말기간질환’의 진단 확정은 정기적인 이학적 검사, 혈액검사, 영상검사(초음파 등) 등을 포함한 검사결과, 소견서, 진료기록 등으로 확인가능하여야 합니다.

VI. 말기 만성폐질환(End Stage Chronic Lung Disease)

- ① ‘말기 만성폐질환’이라 함은 [만성폐질환 대상질병 분류표]에서 정한 질병 중에서 양쪽 폐장 모두가 심한 비가역적인 기능부전을 보여서 그 결과 도보 동작이 지속적으로 현저하게 제한되고 평생 일상생활의 기본동작의 제한을 받아야 하는 상태로서 다음의 한 가지 기준 이상에 해당되어야 합니다.
1. 폐기능 검사에서 최대한 노력하여 잘 불었을 때 1초간 노력성 호기량(FEV1.0)이 지속적으로 정상예측치의 30% 이하
 2. 비가역적인 만성 저산소증으로서 안정상태에서의 동맥혈 가스분석검사(ABGA)상 동맥혈 산소분압(PaO₂)이 60mmHg 이하

[만성폐질환 대상질병 분류표]

만성폐질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175 호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
상세불명의 만성 기관지염	J42
폐기종	J43
기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
기관지확장증	J47
외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
성인호흡곤란증후군	J80
폐부종	J81
기타 간질성 폐질환	J84
달리 분류되지 않은 호흡부전	J96

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

- ② 단, 폐기능 검사성적과 동맥혈 가스분석검사는 그 성질상 변동하기 쉬운 것이기 때문에 폐질환의 경과 중에 가장 적절하게 상병을 나타내고 있다고 생각되는 검사성적에 근거하여야 합니다.
- ③ '말기 만성폐질환'의 진단 확정은 정기적인 폐기능 검사, 흉부X선 검사, 동맥혈가스분석 검사 등을 포함한 진단서, 소견서 진료기록 등으로 확인 가능하여야 합니다.

Ⅶ. 루게릭병(근위축성측삭경화증, Amyotrophic lateral sclerosis)

- ① '루게릭병'이라 함은 '확정된(definite) 루게릭병(근위축성측삭경화증)'으로서 뇌와 척수의 운동신경 세포들이 선택적으로 파괴되어 그 결과 비가역적이고 진행성인 심한 근력 약화 및 근육 위축을 일으키는 퇴행성 운동신경원질환을 말합니다.
- ② "확정된(definite) 루게릭병(근위축성측삭경화증)"이라 함은 '상위운동원 징후 및 하위운동원 징후가 3부위 이상에서 모두 존재하는 상태' 또는 '상위운동원 징후 및 하위운동원 징후가 1부위 이상에서 존재하면서 유전자 검사 상 양성 소견을 보이는 상태'를 말합니다.
- ③ 제①항의 '확정된(definite) 루게릭병(근위축성측삭경화증)'의 진단은 신경과 전문의에 의해 세계신경학협회(World Federation of Neurology)의 El Escorial 개정 진단기준(1998년)을 기초로 하여 내려져야 합니다.

Ⅷ. 중증재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)

- ① '중증재생불량성빈혈'이라 함은 골수부전의 치료를 위해 지속적으로 수혈, 골수조혈촉진인자, 면역억제제 중 한 가지 항목 이상의 치료를 받아왔거나, 골수이식수술 또는 조혈모세포이식수술을 필요로 하는 상태의 질환을 대상으로 하며, 다음 제②항의 조건을 충족해야 합니다. 단, 일시적인 경우는 보장에서 제외합니다.
- ② '중증재생불량성빈혈'의 판단기준은 골수조직검사상 골수저세포성이고, 말초혈액 검사상 다음 세 가지 항목 중 두 항목 이상을 충족해야 합니다.
 1. 절대호중구수 : 500/ μ l미만
 2. 혈소판수 : 20,000/ μ l미만
 3. 절대망상적혈구수 20,000/ μ l미만 또는 교정망상적혈구수 1%미만
 단, 골수조직검사와 말초혈액 검사성적은 그 성질상 변동하기 쉬운 것이기 때문에 '중증재생불량성빈혈'의 경과 중에 있어서 가장 적절하게 상병을 나타내고 있다고 생각되는 검사결과에 근거하여야 합니다.
- ③ '중증재생불량성빈혈'의 진단 확정은 해당 분야의 전문의가 작성한 문서화된 진료기록 및 골수조직검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제1항에서 '일시적인 경우'라 함은 제2항 제1호 내지 제3호의 수치 저하가 고착화 되지 않은 상태로 일시적 현상에 의하여 저하되었다가 정상수치로 복원되는 경우를 말합니다.

【 별표 4 】

‘중대한 화상 및 부식(화학약품등에 의한 피부손상)’의 정의

- ① 이 약관에서 규정하는 ‘중대한 화상 및 부식(화학약품등에 의한 피부손상)’이라 함은 화상 및 부식(화학약품등에 의한 피부손상)이 ‘9의 법칙(Rule of 9’s)’ 또는 ‘룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder body surface chart)’에 의해 측정된 신체표면적으로 최소 20%이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품등에 의한 피부손상)을 입은 경우를 말합니다.
단, ‘9의 법칙’ 또는 ‘룬드와 브라우더 신체 표면적 차트’ 측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.
- ② ‘중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)’의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(한의사, 치과의사 제외)의 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

【‘9의 법칙’】

‘9의 법칙’이란 총 체표면적 중 화상을 입은 면적의 비율을 정하기 위해 보편적으로 사용하는 방법으로 신체 각 부위의 체표면적 비율을 정하여 두고 화상 발생시 각 부위의 비율을 합산하여 화상비율을 정하는 방법을 말합니다.

【‘룬드와 브라우더 신체 표면적 차트’】

‘룬드와 브라우더 신체 표면적 차트’는 연령에 따른 체표면적의 비율 변화를 고려하여 총 체표면적에 대한 각 신체부위의 비율을 세분화한 것으로 상대적으로 정확한 화상비율을 정할 때 사용하는 방법입니다.

‘중대한 수술’의 정의

I. 관상동맥(심장동맥)우회술(Coronary Artery Bypass Graft, CABG)

- ① ‘관상동맥(심장동맥)우회술’이라 함은 관상동맥(심장동맥)질환(Coronary Artery Disease)의 근본적인 치료를 직접 목적으로 하여 개흉술을 한 후 대복재정맥(greater saphenous vein), 내유동맥(internal mammary artery) 등의 자가우회도관을 협착이 있는 부위보다 원위부의 관상동맥(심장동맥)에 연결하여 주는 수술을 말합니다.
- ② 그러나 카테터를 이용한 수술이나 개흉술을 동반하지 않는 수술은 모두 보장에서 제외합니다.
(예) 관상동맥(심장동맥)성형술(Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, PTCA), 스텐트삽입술(Coronary Stent), 회전죽상반절제술(Rotational Atherectomy)

II. 대동맥인조혈관치환수술(Aorta Graft Surgery)

- ① ‘대동맥인조혈관치환수술’이라 함은 대동맥 질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술 또는 개복술을 한 후 반드시 대동맥 병소를 절제(excision)하고 인조혈관(graft)으로 치환하는 두 가지 수술을 해주는 것을 의미합니다. 여기에서 ‘대동맥’이라 함은 흉부 또는 복부 대동맥을 말하는 것으로 대동맥의 분지(branch)동맥들은 제외됩니다.
- ② 단, 하기와 같이 카테터를 이용한 수술들은 보장에서 제외합니다.
예) 경피적혈관내대동맥류수술(percutaneous endovascular aneurysm repair)

III. 심장판막수술(Heart Valve Surgery)

- ① ‘심장판막수술’이라 함은 심장판막질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 다음의 두 가지 기준 중 한 가지 이상에 해당하는 경우입니다.
 1. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막을 완전히 제거한 뒤에 인공심장판막 또는 생체판막으로 치환하여 주는 수술
 2. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막에 대해 판막성형술(valvuloplasty)을 해주는 수술
- ② 그러나, 하기와 같은 수술들은 보장에서 제외합니다.
 1. 카테터를 이용하여 수술하는 경우
예) 경피적 판막성형술(percuteanous balloon valvuloplasty)
 2. 개흉술 또는 개심술을 동반하지 않는 수술

IV. 5대장기이식수술(5 Major Organ Transplantation)

- ① ‘5대장기이식수술’이라 함은 5대장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에서 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부 장기를 적출하여 장기부전상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다.
- ② 단, 랑게르한스 소도 세포 이식수술은 보장에서 제외합니다.

【 별표 6 】

‘뇌출혈 및 뇌경색증’ 분류표

이 약관에서 규정하는 ‘뇌출혈 및 뇌경색증’으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 (KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	I62
뇌경색증	I63

※ 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

【 별표 7 】 장애분류표

- 주계약(해지환급금 보증) 【 별표 8 】과 동일

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 적용합니다. 이 경우 전환시점의 LTC 연금전환특약 약관, 보험요율 및 피보험자 보험나이와 연금개시시점의 피보험자 보험나이를 적용합니다.

LTC연금전환특약(K2.6) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 전환전계약: 주된 보험계약을 말하며, 부가특약의 포함 여부는 아래와 같습니다.

- 이 특약의 피보험자와 전환전계약의 피보험자가 동일한 경우: 부가특약 전부에 대한 포함 여부를 계약자가 선택할 수 있습니다.
- 이 특약의 피보험자와 전환전계약의 피보험자가 다른 경우: 전환전계약의 부가특약 전부를 포함해야 하나, 전환전계약 사업방법서에서 별도의 부가특약 포함여부를 정한 경우에는 그 조건을 따릅니다.

나. 특약: 전환전계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 이 특약의 피보험자는 전환전 계약의 피보험자(전환전계약이 2인보장보험인 경우에는 전환전 계약의 주피보험자)로 합니다. 다만, 전환전 계약 사업방법서에서 별도의 피보험자를 정한 경우에는 그 조건을 따릅니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. LTC: Long Term Care(장기간병)의 약자로 제3조('일상생활장해상태'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '일상생활장해상태' 또는 제4조('중증(重症)치매상태'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '중증(重症)치매상태'에 해당하는 경우를 말합니다.

나. 재해: 별표 3 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

라. 보장개시일: 이 특약의 보장개시일은 이 특약의 계약자가 신청한 연금전환일로 하며, 보장개시일을 보험계약일로 봅니다.

마. 일상생활장해보장개시일: 연금전환일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 재해로 인하여 '일상생활장해상태'가 발생한 경우에는 연금전환일을 보장개시일로 합니다.

바. 중증(重症)치매보장개시일: 연금전환일부터 그 날을 포함하여 만 2년이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 질병으로 인한 '중증(重症)치매상태'가 없는 상태에서 재해로 인한 뇌의 손상으로 인하여 '중증(重症)치매상태'가 발생한 경우에는 연금전환일을 보장개시일로 합니다.

3. 지급금 관련 용어

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

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '일상생활장해상태'의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 '일상생활장해상태'라 함은 피보험자가 연금전환일 이후에 발생한 재해 또는 질병으로 인하여 '일상생활장해보장개시일' 이후에 특별한 보조기구(휠체어, 목발, 의수, 의족 등)를 사용하여도 생명유지에 필요한 일상생활 기본동작들을 스스로 할 수 없는 상태로서, 다음 중 제1호에 해당되고 동시에 제2호에 해당되는 상태로서 '일상생활장해보장개시일' 이후에 발생하고 발생시점부터 90일 이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.

1. 「이동(보행)하기」를 스스로 할 수 없는 상태

2. 다음 (가)~(라) 항목 중 한 가지 항목이라도 스스로 할 수 없는 상태

(가) 식사하기

(나) 화장실 사용하기

(다) 목욕하기

(라) 옷입기

② 제1항에서 '스스로 할 수 없는 상태'라 함은 '일상생활 기본동작' 유형 및 '타인의 완전한 도움' 판단 기준표(별표 5 참조)에서 정한 '항상 타인의 완전한 도움'이 반드시 필요한 경우를 말합니다.

③ '일상생활장해상태' 발생시의 진단은 피보험자를 진료하고 있는 해당분야 전문의 자격증을 가진 의사에 의해 객관적인 소견을 기초로 내려져야 하며, 그 진단일부 90일이 지난 이후에 회사가 피보험자의 '일상생활장해상태'가 계속하여 지속되었음을 확인함으로써 제1항에서 정한 '일상생활장해상태'로 최종 진단확정 됩니다.

【'일상생활장해상태'의 보장개시 및 진단확정 예시】

연금전환일	보장개시일	'일상생활장해상태'발생 진단일	진단 확정일
90일		90일	
2015년 4월 10일	2016년 7월 9일	2021년 8월 5일	2021년 11월 3일

※ 다만, 재해를 직접적인 원인으로 '일상생활장해상태'가 발생한 경우 연금전환일을 보장개시일로 합니다.

제 4 조 '중증(重症)치매상태'의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 '중증(重症)치매상태'라 함은 피보험자가 연금전환일 이후에 발생한 재해 또는 질병으로 인하여 '중증(重症)치매보장개시일' 이후에 '중증의 인지기능의 장애'가 발생한 상태를 말합니다.

② 제1항에서 정한 '중증의 인지기능의 장애'라 함은 '중증의 인지기능의 장애'의 정의(별표 4 참조)에 해당되는 상태로서 그 상태가 '중증(重症)치매보장개시일' 이후에 발생하고 발생시점부터 90일 이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.

③ '중증(重症)치매상태' 발생시의 진단은 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과 전문의를 말하며, 관련 법령의 제·개정 등으로 전문과목의 명칭이 변경되는 경우 진단 당시의 제·개정된 법령에 따릅니다)의 진단서에 의하고, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검

사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 중증(重症)치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 중증(重症)치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 중증(重症)치매를 진단할 수 있습니다. 또한, 그 진단일부터 90일이 지난 이후에 회사가 피보험자의 '중증(重症)치매상태'가 계속하여 지속되었음을 확인함으로써 제1항에서 정한 '중증(重症)치매상태'로 최종 진단확정 됩니다.

④ 제1항에도 불구하고 '정신분열병이나 우울증 등과 같은 정신 질환으로 인한 인지기능의 장애' 및 '알코올 중독, 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애'는 보장대상에서 제외합니다.

⑤ 회사는 '중증(重症)치매상태'의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 중증(重症)치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

【'중증(重症)치매상태'의 보장개시 및 진단확정 예시】			
연금전환일	보장개시일	'중증(重症)치매상태'발생 진단일	진단 확정일
2년		90일	
2015년 4월 10일	2017년 4월 10일	2020년 8월 5일	2020년 11월 3일

※ 다만, 질병으로 인한 '중증(重症)치매상태'가 없는 상태에서 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 '중증(重症)치매상태'가 발생한 경우 연금전환일을 보장개시일로 합니다.

제 5 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 6 조 보험금의 지급사유

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 연금(별표 1 '연금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 매년 보험계약 해당일에 살아있을 경우: 종신연금 지급
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '일상생활장해보장개시일' 이후에 최초의 '일상생활장해상태'로 최종 진단확정되거나 '중증(重症)치매보장개시일' 이후에 '중증(重症)치매상태'로 최종 진단확정되고 매년 진단 확정일에 생존한 경우: LTC연금 지급

다만, '일상생활장해상태' 또는 '중증(重症)치매상태' 중 최초로 발생한 지급사유를 기준으로 지급합니다.

제 7 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 계약자는 피보험자가 연금전환일로부터 '일상생활장해보장개시일' 또는 '중증(重症)치매보장개시일' 전일 이전에 '일상생활장해상태' 또는 '중증(重症)치매상태'가 발생한 경우에는 그 발생일로부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 특약의 취소를 선택할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 계약자가 원할 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(이미 지급된 연금액 제외)를 돌려 드리지 않고 연금전환일부터 전환되지 않은 것으로 하여 전환전 계약의 약관을 적용합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조 공시이율의 적용 및 공시

- ① 이 특약에 적용되는 이율은 매월 1일 회사가 정한 공시이율(이하 '공시이율'이라 합니다)로 합니다. 공시이율의 최저보증이율은 이 특약의 계약일로부터 3년 이내에는 연복리 1.0%, 3년초과 5년이내에는 연복리 0.75%, 5년을 초과하는 경우에는 연복리 0.5%를 적용합니다.
- ② 제1항의 공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 객관적인 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정합니다.
- ③ 회사는 제1항 내지 제2항에서 정한 공시이율 및 산출방법 등을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

【 공시이율 】

보험회사가 장래 보험금 지급을 위하여 납입보험료의 일정 부분을 적립해 가는데, 이때 적용하는 이율을 의미합니다. 이 보험의 공시이율은 회사의 운용자산이익률, 객관적인 외부지표금리(국고채 수익률 등 시중금리) 및 향후 운용수익률 예측분을 혼합하여 일정기간마다 산출하여 공시하고 있습니다.

【 최저보증이율 】

운용자산이익률 및 시중금리가 하락되더라도 회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율을 말합니다. 예를 들어, 공시이율을 적용하여 적립하는 금액은 공시이율이 0.25%인 경우, 공시이율(0.25%)이 아닌 최저보증이율(계약일로부터 3년 이내에는 연복리 1.0%, 3년초과 5년이내에는 연복리 0.75%, 5년을 초과하는 경우에는 연복리 0.5%)로 적립됩니다.

제 9 조 보험금의 청구

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. '일상생활장해상태' 또는 '중증(重症)치매상태'에 대한 진단서 및 피보험자의 생존사실을 증명할 수 있는 피보험자의 주민등록등본 등
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서를 포함하며, 이하 '신분증'이라 합니다)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 제4조('중증(重症)치매상태'의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '중증(重症)치매상태'인 경우 또는 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리

하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
 2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
 3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서
- ③ 제1항 제2호의 진단서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 계약자가 제22조(지정대리청구인의 지정)에서 정한 지정대리청구인을 지정한 경우 회사는 성년후견인이 제6조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 LTC연금을 청구하도록 요구할 수 없습니다.

제 10 조 보험금의 지급절차

- ① 회사는 제9조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 연금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 제1항의 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급 제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전 해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유의 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제 11 조 보험수익자의 지정

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 제6조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우는 계약자를 보험수익자로 하고, 같은 조 제2호의 경우는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 12 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 전환전계약에 부가하여 이루어 집니다. 다만, 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절할 수 있습니다.
- ② 계약자는 이 특약을 청약할 때 보증지급기간(10년, 20년, 100세보증)을 선택하여 청약하여야 하며, 보험기간, 연금개시나이 등 세부사항은 사업방법서에서 정한 바에 따릅니다.
- ③ 회사는 전환전계약의 해지환급금, 중도인출금액 또는 만기보험금 등(중도보험금 미수령액이 있을 경우 이를 포함한 금액, 이하 '지급금'이라 합니다)의 지급사유 발생시 지급금의 전부 또는 일부를 계약자의 신청에 따라 계약자에게 연금으로 전환하여 드립니다. 이 경우 이 특약의 보험증권을 발행하여 드립니다.
- ④ 전환신청 당시 보험수익자가 별도로 지정된 지급금에 대하여는 해당 보험수익자 및 피보험자가 변경된 경우에는 변경된 피보험자의 서면에 의한 동의가 있어야 제3항에 따라 전환 신청할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ⑥ 회사가 제5항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다도 연금전환일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 연금전환일로부터 5년이 지난 이후에는 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제 13 조 특약의 무효

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료(이미 지급된 연금액 제외)를 돌려 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 계약자가 원할 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리지 않고 연금전환일부턴 전환되지 않은 것으로 하여 전환전계약의 약관을 적용합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 14 조 특약내용의 변경 등

계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

제 15 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 보장개시일부턴 종신까지로 합니다.

제 16 조 특약의 소멸

- ① 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 연금의 지급이 완료되었거나 피보험자가 사망하였을 때에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
- ② 제1항 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부

에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 17 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

이 특약의 보험료는 전환전계약의 지급금의 전부 또는 일부를 일시에 납입하는 것으로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 18 조 계약자의 임의해지

계약자는 전환전 계약이 이 특약으로 전환된 이후에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

제 18 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제19조(해지환급금) 제2항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 19 조 해지환급금

- ① 이 계약은 해지환급금이 없습니다.
- ② 제18조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.
- ③ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.

제 6 관 분쟁의 조정 등

제 20 조 소멸시효

- ① 보험금 청구권 및 보험료 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.
- ② 제1항의 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.

제 7 관 지정대리청구에 관한 사항

제 21 조 지정대리청구 적용대상

이 특약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제 22 조 지정대리청구인의 지정

- ① 계약자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하

되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하, '지정대리청구인'이라 합니다)을 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제23조(지정대리청구인의 변경 지정)에 따른 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에 따라 지정대리청구인을 지정하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 지정대리청구인 신청서(회사양식)
 2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
 3. 계약자의 신분증
- ③ 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제21조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제 23 조 지정대리청구인의 변경 지정

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알려 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 계약자의 신분증

제 24 조 지정대리청구인에 의한 보험금 지급의 절차

- ① 지정대리청구인은 제25조(지정대리청구인에 의한 보험금 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제21조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제 25 조 지정대리청구인에 의한 보험금 청구

- ① 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. '일상생활장해상태' 또는 '중증(重症)치매상태'에 대한 진단서 및 피보험자의 생존사실을 증명할 수 있는 피보험자의 주민등록등본 등
 3. 지정대리청구인의 사진이 붙은 정부기관 발행 주민등록증이나 운전면허증 등
 4. 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
 5. 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 진단서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 관 기타사항 등

제 26 조 전환전계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 전환전계약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

연금 지급기준표

급부명칭	지 급 내 용		
연금	지급사유		금 액
	종신연금	연금개시일 이후 피보험자가 매년 보험계약 해당일에 살아있을 경우	이 특약의 보험료를 기준으로 피보험자가 생존한 기간동안(10년보증, 20년보증, 100세보증) 산출방법서에서 정한 방법에 따라 연금액을 분할 계산하여 매년 보험계약 해당일에 지급
	LTC연금	연금개시일 이후 피보험자가 「일상생활장해보장개시일」 이후에 '일상생활장해상태'로 최종 진단확정되거나 '중증(重症)치매보장개시일' 이후에 '중증(重症)치매상태'로 최종 진단확정」되고 매년 진단 확정일에 살아있을 경우	종신연금 연금액의 1배를 진단 확정일을 포함하여 매년 진단 확정일에 지급(최고 10회한도)

- 주) 1. '이 특약의 보험료'란 전환전계약의 사업방법서에서 정한 바에 따라 전환전계약의 지급금의 전부 또는 일부를 말합니다.
2. 이 특약의 공시이율은 사업방법서에서 정한 방법에 따라 회사가 매월 1일 결정하며, 공시이율의 최저보증이율은 계약일로부터 3년 이내에는 연복리 1.0%, 3년초과 5년이내에는 연복리 0.75%, 5년을 초과하는 경우에는 연복리 0.5%를 적용합니다.
3. 연금액의 계산은 이 특약의 보험료를 기준으로 이 특약의 공시이율을 적용하여 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에서 정한 방법에 따라 계산되며, 공시이율이 변경되면 실제 지급되는 연금액도 변경됩니다.
4. LTC발생시 '일상생활장해상태' 또는 '중증(重症)치매상태' 중 최초로 발생한 지급사유에 한하여 10회를 최고 한도로 하여 LTC연금을 지급합니다.
5. 종신연금의 100세보증은 피보험자 나이를 기준으로 합니다.
6. 종신연금의 경우 보증지급기간(10년, 20년, 100세 보증) 동안 지급되지 않은 종신연금액을 산출방법서에 따라 공시이율로 할인하여 일시금으로 선지급 받을 수 있으며, 피보험자가 사망하는 경우 또한 같습니다.
7. 연금은 매월, 매3개월, 매6개월로 분할하여 지급받을 수 있습니다.
8. 해당월의 보험계약 해당일이 없는 경우에는 해당월의 말일을 보험계약 해당일로 합니다.
9. 보장개시일: 이 특약의 보장개시일은 이 특약의 계약자가 신청한 연금전환일로 하며, 보장개시일을 보험계약일로 봅니다.
10. 일상생활장해보장개시일: 연금전환일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 재해로 인하여 '일상생활장해상태'가 발생한 경우에는 연금전환일을 보장개시일로 합니다.
11. 중증(重症)치매보장개시일: 연금전환일부터 그 날을 포함하여 만 2년이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 질병으로 인한 '중증(重症)치매상태'가 없는 상태에서 재해로 인한 뇌의 손상으로 인하여 '중증(重症)치매상태'가 발생한 경우에는 연금전환일을 보장개시일로 합니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제19조 제3항 관련)

구 분	기 간		지급이자
제1회 LTC연금 (제6조 제2호)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간		보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
제2회 이후의 LTC연금 및 종신연금 (제6조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	보험기간 만기일(단, 이 특약이 더 이상의 효력을 가지지 않게 된 경우에는 효력을 가지지 않게 된 날) 이내	공시이율
		보험기간 만기일(단, 이 특약이 더 이상의 효력을 가지지 않게 된 경우에는 효력을 가지지 않게 된 날) 이후	- 1년 이내 : 공시이율의 50% - 1년초과 기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해지환급금 (제19조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간		- 1년 이내 : 공시이율의 50% - 1년초과 기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 공시이율 및 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 연금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
3. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제20조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
4. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

【 별표 3 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 4 】

‘중증의 인지기능의 장애’의 정의

‘중증의 인지기능의 장애’라 함은 CDR 척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating, 2001년) 검사 결과가 3점이상(다만, 이와 동등하다고 국내 의학계에서 일반적으로 인정되는 검사 방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 ‘중증(重症)치매보장개시일’ 이후에 발생하고 발생시점부터 90일 이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 이때, ‘CDR 척도(2001년)’는 치매 전문가가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능정도를 측정하는 검사로서 전체점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증(重症)을 의미합니다.

【 별표 5 】

‘일상생활 기본동작’ 유형 및 ‘타인의 완전한 도움’ 판단기준표

※ ‘항상 타인의 완전한 도움’이 반드시 필요한 경우

약관에 규정하는 ‘항상 타인의 완전한 도움’이 반드시 필요한 경우라 함은 다음 각 유형의 판단기준에 해당되는 상태를 말합니다.

유 형	판 단 기 준
이동하기	특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 방 밖으로 나올 수 없다.(예를 들면, 보조기구를 사용하여도 방 밖으로 나올 수 없어 들것에 실리거나 업혀야만 방 밖으로 나올 수 있다.)
식사하기	다른 사람의 계속적인 도움을 받지 않고는 식사를 전혀 할 수 없거나, 현재 계속적으로 튜브나 경정맥수액을 통해 부분적인 혹은 전적인 영양분 공급을 받아야 한다.
화장실 사용하기	대소변 조절하기와 관계없이 다른 사람의 계속적인 도움을 받아야 다음의 ① 또는 ② 또는 ③을 할 수 있다. ① 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일 그리고 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일 ② 실내용 변기(혹은 요강)를 사용하고 비우는 일 ③ 배설을 돕기 위해 설치한 의료 장치(예를 들면, 유치(留置) 카테터 등)나 외과적 시술물(예를 들면, 결장루 등)을 사용하는 일
목욕하기	다른 사람의 계속적인 도움을 받지 않고는 샤워·목욕을 전혀 할 수 없다.
옷 입기	다른 사람의 계속적인 도움을 받지 않고는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없다.

건강체서비스특약(K7.1) 무배당 약관

제 1 조 목적

이 특약은 보험회사(이하 '회사'라 합니다)에서 별도로 정한 제도를 적용하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
2. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.
3. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
4. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
5. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위는 다음과 같습니다.

[피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 이 특약이 부가되는 주계약 또는 특약(이하 '해당계약'이라 합니다)에서 정한 사망보험금의 지급사유 발생 대상이 되는 피보험자 중 회사의 승낙을 얻는 자로 합니다.

6. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제 3 조 피보험자의 가입자격

이 특약의 피보험자는 제1호에서 정한 건강상태와 제2호에서 정한 가입자격을 모두 만족한 자로 합니다 (이하 '건강체'라 합니다).

1. 이 특약을 가입할 수 있는 피보험자의 건강상태 요건은 다음과 같습니다.
 - 가. 적어도 최근 1년간 어떠한 형태와 종류를 불문하고 담배를 피우거나 씹거나 또는 기타 이와 유사한 형태로 사용(이하 총칭하여 '흡연(吸煙)'이라 합니다)하지 아니한 자
 - 나. 수축기혈압이 139mmHg이하이고 이완기혈압이 89mmHg이하인 자
 - 다. BMI(Body Mass Index)수치(kg/m²)가 18.5이상이고 25미만인 자
2. 이 특약을 가입할 수 있는 피보험자의 가입자격은 다음과 같습니다.
 - 가. 이 특약의 가입시점에 '표준하체인수특약'을 부가하지 않고도 해당계약 가입이 가능한 자('표준하체인수특약'을 부가하여 해당계약을 가입하였으나 건강상태 호전 등으로 인하여 이 특약의 가입시점에는 '표준하체인수특약'을 부가하지 않고도 해당계약 가입이 가능한 상태가 된 경우를 포함합니다.)
 - 나. 이 특약 가입시점의 해당계약 보험나이가 20세 이상인 자

제 4 조 흡연상태 변경통지 및 흡연상태의 변경이 있을 때의 처리

- ① 보험기간 중 피보험자가 계속하여 30일 이상 흡연을 한 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체 없이 회사에 이 사실을 서면으로 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
- ② 회사는 제1항의 서면통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산된 금액(이하 '정산차액'이라 합니다)을 계약자가 추가 납입하도록 하며, 계약자는 이 특약에 따라 할인된 보험료(이하 '건강체보험료'라 합니다)와 동일한 기준(보험기간, 납입기간, 피보험자의 가입나이 등)으로 산출된 이 특약의 적용 전 납입하여야 할 보험료(이하 '표준체보험료'라 합니다)를 향후 납입보험료로 적용하고, 이 특약은 장래에 향하여 해지됩니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 계약의 경우 계약자는 정산차액만을 납입합니다.
- ③ 계약자가 제2항에서 정한 정산차액 및 표준체보험료를 납입하지 않았을 경우 회사는 건강체보험료의 표준체보험료에 대한 비율에 따라 해당계약의 보험가입금액을 감액합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항의 통지의무를 30일 이상 지체하였을 경우에 회사는 보험금 지급사유의 발생 여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 제2항 및 제3항에 준용하

여 보험가입금액을 감액하고 이 특약을 해지할 수 있습니다.

⑤ 해당계약의 보험기간 중 피보험자가 제3조(피보험자의 가입자격)에서 정한 피보험자의 자격이 있고 계약자의 청약이 있을 때에는 회사는 제7조(특약의 성립) 제2항에 따라 보장을 합니다. 이 경우 계약자는 청약한 날 이후의 해당 보험료부터 할인된 보험료를 납입하며, 보험료 변동시점의 책임준비금을 정산한 잔여액이 있을 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 5 조 계약 전 알릴 의무

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(건강진단을 받는 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) '건강체 할인요건 충족여부 확인서'에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.

제 6 조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

- ① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 제5조(계약 전 알릴 의무)의 질문 사항을 알리지 않았거나 알고 있는 사실을 사실대로 알리지 않고 표준체보험료보다 적은 건강체보험료를 납입한 경우에는 회사는 보험금 지급사유 발생과 관계없이 건강체보험료의 표준체보험료에 대한 비율에 따라 해당계약의 보험가입금액을 감액하고 이 특약을 해지합니다.
- ② 제1항의 경우 회사에서 정한 절차에 따라 검사를 받고 건강체로 판정된 경우에는 적용하지 않습니다.

제 7 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 회사가 별도로 정하는 해당계약을 체결할 때 또는 보험기간 중 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 해당계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약에 대한 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우 회사는 청약한 이후의 해당 보험료부터 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 정한 바에 따라 비흡연자 우량체 사망률로 계산한 보험요율을 적용합니다.

【비흡연자 우량체 사망률】

피보험자가 비흡연자로서 건강상태가 양호하여 회사가 정한 기준에 충족하는 경우 적용되는 사망률

제 8 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자가 회사의 정하는 바에 따라 해당계약의 보험가입금액을 감액할 때에는 그 감액된 부분은 일부 해지로 보며, 이 경우 감액분에 대하여는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ② 감액으로 인하여 보험가입금액이 회사에서 정한 해당계약의 최저보험가입금액의 한도 미만이 되었을 때에는 이 특약은 해지되며, 해지일 이후 납입 해당분부터 해당계약의 표준체보험료로 변경됩니다.

제 9 조 특약의 소멸

해당계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제 10 조 해지환급금

제8조(특약내용의 변경 등) 제1항에 따라 해당계약의 보험가입금액을 감액한 경우 감액분에 대한 해지환급금은 이 특약의 부가로 보험료가 할인된 해당계약에 해당하는 책임준비금을 기준으로 하여 계산합니다.

제 11 조 배당금의 지급

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 12 조 주계약 약관 및 단체취급특약 등의 준용

- ① 이 특약에 정하지 않는 사항에 대하여는 해당계약의 약관을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약을 준용합니다.

계약분리특약(K1.2) 약관

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)과 관련해 제3조(특약의 적용)에서 정한 바에 따라 계약을 분리하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
2. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.
3. 계약자: 보험회사(이하 '회사'라 합니다)와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
4. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
5. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
6. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
7. 원(原)계약: 계약분리의 대상이 되는 계약
8. 자(子)계약: 원계약에서 분리되는 피보험자(배우자 또는 자녀)를 보장하는 계약
9. 모(母)계약: 원계약에서 자계약이 분리되고 난 이후 원계약에 남아 있는 주계약 및 부가 특약으로 이루어진 계약

제 3 조 특약의 적용

- ① 이 특약은 원계약 중 주계약에 한하여 부가가 가능하며, 원계약 피보험자에게 아래에서 정한 사항이 발생한 경우에 한하여 적용합니다.
 1. 배우자와의 이혼
 2. 자녀의 결혼
- ② 이 특약은 원계약 최초계약일로부터 2년이 지난 이후 회사가 정한 방법에 따라 원계약 계약자의 서면에 의한 신청과 회사의 승낙에 의해 적용합니다. 다만, 계약분리 신청 시 원계약의 피보험자(배우자 및 자녀 포함)가 서면으로 동의하여야 하며, 자계약 계약자는 자계약 피보험자와 동일하여야 합니다.
- ③ 계약분리는 분리의 대상이 되는 자계약에 해당하는 책임준비금을 원계약으로부터 분리하고, 그 이외의 남은 부분은 모계약에 남겨지게 함으로써 이루어집니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 4 조 계약분리 신청에 관한 사항

- ① 회사는 제3조(특약의 적용)에도 불구하고 아래 각 호를 모두 충족하는 계약의 경우에만 이 특약에 따라 계약을 분리할 수 있습니다.
 1. 2인 이상의 피보험자가 가입되어 있는 계약. 단, 원계약의 주계약 또는 부가특약 중 2인(3인, 多人) 보장보험에 해당하는 주계약 또는 부가특약은 제외
 2. 원계약이 정상적으로 계약유지의 상태에 있는 경우이거나, 보험료의 납입연체로 인하여 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않고(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않는 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 해지된 날부터 3년 이내인 계약
 3. 가압류, 질권설정 등의 법률적인 이해관계가 존재하지 않는 계약
 4. 계약분리 후의 모계약과 자계약의 계약 내용이 원계약의 사업방법서 및 약관에서 정한 내용과 다르지 않은 경우

② 계약자가 계약분리를 신청하는 경우 제3조(특약의 적용) 제1항의 내용을 확인할 수 있는 가족관계등록부 또는 주민등록등본 등 관련 서류를 제출해야 합니다.

제 5 조 계약분리 이후의 효력

- ① 계약분리 이후 모계약과 자계약의 보험기간, 납입기간 및 보장내용(납입면제 포함)은 원계약에서 정한 사항과 동일하게 적용합니다.
- ② 계약분리 이후 원계약에서 자계약의 피보험자에게 해당하는 보장 내용은 더 이상 효력이 없습니다.
- ③ 계약분리 이후 모계약 및 자계약은 원계약으로의 환원이 불가합니다.

제 6 조 계약분리 이후 보험료의 납입

계약분리 이후 모계약 및 자계약의 보험료 납입기일은 각각 적용하며, 각각의 계약에 해당하는 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제 7 조 원계약 약관의 준용

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 원계약 약관을 준용합니다.

단체취급특약(K1.5) 약관

제 1 조 목적

이 특약은 보험회사(이하 '회사'라 합니다)에서 별도로 정한 제도를 적용하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 단체취급 특별협약(이하 '단체취급특약'이라 합니다)에서 사용되는 용어의 정의는, 이 단체취급특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약: 주된 보험계약을 말하며, 특약이 포함되어 있는 경우 특약을 포함합니다.
2. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.
3. 보험계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말하며, 이하 '계약자'라 합니다.
4. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다. 다만, 주계약이 2인보장보험인 경우에는 주피보험자를 이 단체취급특약의 피보험자로 합니다.
5. 대상단체: 이 보험에 가입 가능한 단체로서 단체구성원을 확정시킬 수 있고 계약의 일괄적인 관리가 가능한 단체를 말합니다.

제 3 조 특약의 적용범위

이 단체취급특약은 주계약을 체결할 때 다음과 같은 조건을 만족하는 주계약에 한하여 적용합니다.

1. 주계약의 계약자 또는 피보험자가 다음 중 한 가지의 대상단체에 소속되어야 합니다.
 - 가. 제1종 대상단체: 동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5인 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체. 다만, 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체소속 여부는 관련 법규 등에서 정하는 바에 따릅니다.
 - 나. 제2종 대상단체: 비영리법인단체 또는 변호사회, 의사회 등 동업자 단체로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체
 - 다. 제3종 대상단체: 그 밖에 단체의 구성원을 확정시킬 수 있고 계약의 일괄적인 관리가 가능한 단체로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체
2. 단체취급특약의 적용을 받는 인원수는 동일 단체에 소속한 주계약의 계약자수 또는 단체의 대표자를 계약자로 하고 단체소속원을 피보험자로 하는 주계약의 피보험자 수가 5인 이상 이어야 합니다.
3. 배우자형 및 가족형의 경우 주피보험자의 배우자, 자녀, 부모, 배우자의 부모를 종피보험자로 합니다.

제 4 조 대표자의 선정

대표자는 단체의 대표자 또는 직책상 대표자를 대리할 수 있는 자로 합니다.

제 5 조 단체취급특약의 소멸

① 다음 중 한 가지의 경우에 해당하는 때에 이 단체취급특약은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 주계약 약관을 장래에 향하여 적용합니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 소속단체를 탈퇴하였을 때
2. 보험료를 일괄하여 납입하지 않았을 때
다만, 보험료 납입방법을 자동이체로 전환하여 보험료가 입금되었을 때는 일괄납입으로 간주합니다.
3. 제3조(특약의 적용범위)에 정한 단체의 보험료 납입 인원수가 5명 미만으로 되고 그 후 6개월이 지나고도 5명 이상이 되지 않았을 때

② 제1항 제1호 또는 제2호의 경우에는 당해 계약자 또는 피보험자에 대하여, 제3호의 경우에는 단체취

급 계약 전부에 대하여 이 단체취급특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

③ 제1항에 따라 이 단체취급특약이 더 이상 효력을 가지지 않는 경우 차회 이후 보험료는 주계약에 의한 보험료를 납입하여야 합니다.

제 6 조 보험료의 납입

① 보험료는 단체와 우리회사가 정한 날에 대표자가 일괄하여 납입하여야 합니다.

② 회사는 납입보험료에 대한 영수증을 대표자에게 드립니다. 다만, 단체의 요구가 있을 경우에는 개별 영수증을 발행할 수 있습니다.

제 7 조 보험요율의 적용

이 단체취급특약이 부가된 경우에는 사업방법서에서 정한 바에 따라 계산된 단체취급보험요율을 적용합니다.

제 8 조 주계약 약관의 준용

이 단체취급특약에 별도로 정하지 않은 사항은 주계약 약관을 준용합니다.

사망보험금조기지급특약(K1.10) 약관

제 1 조 목적

이 특약은 보험회사(이하 '회사'라 합니다)에서 정한 바에 따라 사망보험금액의 일부를 조기에 지급하는 제도를 적용하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
2. 특약: 주계약에 추가하는 보험계약을 말합니다.
3. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
4. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
5. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
6. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
7. 재해: 별표 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.
8. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
9. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날을 제외합니다.

제 3 조 보험금의 지급사유

회사는 제10조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 사망하였을 때에는 보험수익자에게 주계약 또는 그에 부가된 특약의 보험금 및 해당 보험수익자의 사망보험금 지급비율에 따른 금액 한도 내에서 주계약 및 그에 부가된 특약의 사망보험금액의 일부를 지급합니다. 단, 이 특약이 부가된 계약 약관의 재해분류표에서 정하는 재해로 인한 사망보험금액은 제외합니다.

제 4 조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 뚜렷한 사기의사 등에 의하여 보험금 지급 의무가 없을 것으로 판단하는 경우에는 이 특약에 의한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 회사가 보험수익자에게 이 특약에 의한 보험금을 지급한 경우 잔여 보험금 지급시 이를 해당 보험수익자에게 지급할 보험금에서 차감합니다.
- ③ 회사는 이 특약에 의하여 보험금을 지급한 경우 지급일 이후 주계약 및 그에 부가된 특약의 약관에서 정하는 보험금 지급청구를 받더라도 이 특약에 의하여 지급된 보험금에 대하여는 지급하지 않습니다.
- ④ 주계약 및 그에 부가된 특약의 약관에서 정하는 보험금 지급청구를 받아 그 보험금이 지급된 때에는 이후에는 이 특약에 의한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 이 특약에 따라 주계약 또는 그에 부가된 특약의 보험금을 지급한 후에 보험금을 지급할 책임이 없었음이 확인된 때에는 보험수익자는 이 특약에 따라 이미 지급받은 보험금을 반환하여야 합니다.
- ⑥ 제5항의 경우에 보험수익자가 회사에 보험금을 반환하지 않는 때에는 보험금, 해지환급금 등 계약자 또는 보험수익자에게 지급할 지급금에서 아직 반환받지 못한 보험금을 차감할 수 있습니다.

제 5 조 보험금의 청구

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사망진단서
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는

본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

③ 제1항 제2호의 사망진단서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제 6 조 보험금의 지급절차

회사는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 1영업일 이내에 이 특약의 보험금을 드립니다.

제 7 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때, 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 청약이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.

제 8 조 특약의 무효

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 합니다.
 1. 보험수익자가 자연인이 아닌 경우
 2. 보험수익자가 미성년자인 경우
 3. 보험수익자가 법정상속인인 경우. 단, 보험수익자 중 1명 이상이 실명으로 지정되어 있는 경우는 제외합니다.
- ② 회사가 이 특약에 의하여 주계약 또는 그에 부가된 특약의 보험금을 지급한 후에도 회사의 보험금 지급의무가 없음이 확인된 때에는, 보험수익자는 이 특약에 의하여 이미 지급받은 보험금을 회사에 반환하여야 합니다.
- ③ 제2항의 경우에 보험수익자가 회사에 보험금을 반환하지 않는 때에는 회사는 보험금, 환급금 등 계약자 또는 보험수익자에게 지급하여야 할 제지급금에서 아직 반환받지 못한 보험금을 공제할 수 있습니다.

제 9 조 특약의 소멸

주계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되거나, 제3조(보험금의 지급사유)에 정한 보험금의 지급이 완료된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

제 10 조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

- ① 이 특약의 보험료는 없습니다.
- ② 이 특약의 보장개시일은 주계약의 보장개시일[부활(효력회복)계약인 경우는 부활(효력회복)일]로부터 그 날을 포함하여 3년이 경과한 날로 합니다.

제 11 조 해지특약의 부활(효력회복)

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

니다.

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

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제10조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항을 준용합니다.

제 12 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 해지환급금은 없습니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 13 조 주계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

선지급서비스특약(K3.5) 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험회사(이하 '회사'라 합니다)에서 별도로 정한 제도를 적용하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다. 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

사. 사망보장특약: 주계약에 부가된 피보험자 사망시 사망보험금을 지급하는 특약을 말합니다.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율을 말합니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

3. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 보험금의 지급사유

회사는 제10조(특약의 보험기간)에 정한 특약의 보험기간 중에 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 국내의 종합병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 전문의 자격증을 가진 자가 실시한 진단결과 피보험자의 남은 생존기간이 12개월 이내라고 판단한 경우에 회사의 신청서에 정한 바에 따라 주계약 사망보험금액의 일부를 선지급 사망보험금(이하 '보험금'이라 합니다)으로 피보험자에게 지급합니다.

제 4 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 이 특약에 의한 보험금 한도는 주계약 사망보험금액의 50% 이내에서 피보험자별로 통산하여 최고 5,000만원까지로 합니다. 다만, 1,000만원까지는 주계약 사망보험금액의 100% 이내로 할 수 있습니다.

② 이 특약의 보험금을 지급하였을 때에는 지급한 보험금액에 해당하는 주계약의 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다. 다만, 그 감액부분에 해당하는 해지환급금이 있어도 이를 지급하지 않습니다. 이 경우 이 특약의 보험금 지급일 이후 주계약 약관에 정한 사망보험금의 청구를 받아도 이 특약에

의하여 지급된 보험금액에 해당하는 사망보험금액은 지급하지 않습니다.

③ 이 특약의 보험금이 지급되기 전에 주계약 약관에 정한 사망보험금의 청구를 받았을 경우 이 특약의 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특약의 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 이 특약의 보험금이 지급될 경우 피보험자를 이 특약의 보험수익자로 합니다.

⑤ 주계약 약관에 정한 사망보험금이 지급된 때에는 그 이후 이 특약의 보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 이 특약의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라, 보험금을 남은 생존기간 동안 평균공시이율로 할인한 금액에서 『선지급 사망보험금에 대한 남은 생존기간 동안 평균공시이율로 할인된 보험료』와 『주계약에 보험계약대출금이 있는 경우에는 그 원금과 이자 합계액』을 뺀 금액을 지급합니다.

⑦ 이 특약의 보험금을 지급할 때 보험금액의 계산은 보험금을 지급하는 날의 주계약 사망보험금액을 기준으로 합니다.

제 5 조 보험금의 청구

피보험자 또는 지정대리청구인은 제10조(특약의 보험기간)에 정한 특약의 보험기간 중에 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원에서 발급한 진단서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서를 포함하며, 이하 '신분증'이라 합니다)
4. 기타 피보험자 또는 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제 6 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제5조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금의 지급사유 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 제1항에 따라 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 계약자가 회사로부터의 사실조회에 대하여 정당한 사유 없이 회답 또는 동의를 거부한 때에는, 그 회답 또는 동의를 얻어 사실 확인이 끝날 때까지 이 특약의 보험금을 지급하지 않습니다. 또한, 회사가 지정한 의사에 의한 피보험자의 진단을 요구한 경우에도 진단을 받지 않은 때에는 진단을 받고 사실확인이 끝날 때까지 이 특약의 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 참조)과 같습니다.

제 7 조 주계약에 사망보장특약이 부가되어 있는 경우의 특칙

① 제3조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 사망보장특약이 부가되어 있는 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)에 정한 보험금액은 주계약의 사망보험금액과 사망보장특약의 사망보험금액을 더한 금액으로 합니다.

② 이 특약의 보험금 청구가 있는 경우에는 계약자로부터 별도의 신청이 없는 한 제3조(보험금의 지급사유) 및 제12조(다른 특약의 취급)에 관계없이 청구일 현재 주계약 및 사망보장특약의 보험가입금액의 비율에 따라 이 특약의 보험금을 지급하여 드립니다.

③ 주계약에 부가되어 있는 사망보장특약에 대한 이 특약의 보험금은 사망보장특약의 보험기간이 끝나는 날의 18개월 이전까지 청구할 수 있습니다.

④ 제3항에도 불구하고 주계약에 부가되어 있는 사망보장특약이 자동갱신되는 경우에는 제3항에 정한 보험기간이 끝나는 날을 자동갱신기간이 끝나는 날로 대체합니다.

⑤ 주계약에 부가되어 있는 사망보장특약의 경우에도 제4조(보험금지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제7항 및 제8조(특약의 성립) 제3항을 동일하게 적용합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 8 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때, 회사가 정하는 바에 따라 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 청약이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- ③ 이 특약을 부가하는 주계약은 계약자와 피보험자가 동일한 계약이어야 합니다.

제 9 조 특약내용의 변경

계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 10 조 특약의 보험기간

- ① 이 특약의 보험기간은 특약을 부가한 날부터 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 18개월 이전까지로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 자동갱신되는 경우에는 제1항의 보험기간이 끝나는 날을 자동갱신기간이 끝나는 날로 대체합니다.

제 11 조 특약의 소멸

주계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없게 되거나, 감액완납보험으로 변경되거나 또는 제3조(보험금의 지급사유)에 정한 보험금의 지급이 완료된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

【감액완납보험】

보험료 납입기간 중 보험료 납입이 어려워졌을 경우 보험계약의 보험기간 및 보험금의 지급사유 등은 유지하면서 보장금액을 낮추어 보험료 납입을 완료시키는 보험을 말합니다.

제 12 조 다른 특약의 취급

이 특약에 의한 보험금이 지급되더라도, 주계약에 다른 특약이 부가되어 있는 경우 부가된 특약의 소멸은 해당 특약의 소멸조항을 따릅니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 13 조 특약 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

- ① 이 특약의 보험료는 없습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제8조(특약의 성립) 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙한 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 5 관 특약의 해지 등

제 14 조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 15 조 해지 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에

한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제 6 관 지정대리청구에 관한 사항

제 16 조 보험금 지정대리청구인

① 계약자가 이 특약의 보험금을 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 계약자가 미리 지정하거나 또는 제17조(지정대리청구인의 변경 지정)에 따라 변경지정한 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하 '지정대리청구인'이라 합니다)이 제5조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특약의 보험수익자의 대리인으로서 이 특약의 보험금을 청구할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

1. 보험금 청구시 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 보험금 청구시 피보험자의 3촌이내의 친족

② 지정대리청구인은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 주계약에 한하여 적용됩니다.

③ 제1항에 따라 회사가 이 특약의 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 이 특약의 보험금청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

④ 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제 17 조 지정대리청구인의 변경 지정

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 보험증권
3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
4. 계약자의 신분증

제 7 관 기타사항 등

제 18 조 주계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

【 별표 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제6조 제3항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
선지급 사망보험금(제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
 2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 적용합니다. 이 경우 전환시점의 스마트연금전환특약 약관, 보험요율 및 피보험자 보험나이와 연금개시시점의 피보험자 보험나이를 적용합니다.

스마트연금전환특약(K2.4) 무배당 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 전환전계약: 주된 보험계약을 말하며, 특약이 부가된 경우 부가특약 전부에 대한 포함 여부를 계약자가 선택할 수 있습니다. 다만, 이 특약과 전환전계약의 피보험자가 다른 경우에는 전환전계약의 부가특약 전부를 포함해야 합니다.

나. 특약: 전환전계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 이 특약의 피보험자는 전환전계약의 피보험자로 합니다.

2. 지급금 관련 용어

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

나. 책임준비금: 연금개시시점의 계약자적립금을 공시이율로 적립한 금액에서 연금 발생분을 차감한 나머지 금액을 공시이율로 적립한 금액으로 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에서 정한 바에 따라 계산합니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

3. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 보험금의 지급사유

회사는 피보험자가 연금개시일부터 매년 계약 해당일에 살아있을 때(확정기간연금형의 경우 피보험자가 연금개시시에 살아있을 때)에 '연금 지급기준표'(별표 1 참조)에 따라 보험수익자에게 약정한 연금을 지급합니다.

제 4 조 공시이율의 적용 및 공시

- ① 이 특약에서 책임준비금 및 연금 계산시 적용되는 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 공시이율(이하 '공시이율'이라 합니다)로 합니다. 공시이율의 최저보증이율은 이 특약의 계약일로부터 3년 이내에는 연복리 1.0%, 3년초과 5년 이내에는 연복리 0.75%, 5년을 초과하는 경우에는 연복리 0.5%를 적용합니다.
- ② 제1항의 공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 객관적인 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정합니다.
- ③ 회사는 제1항 내지 제2항에서 정한 공시이율 및 산출방법 등을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

【 공시이율 】

보험회사가 장래 보험금 지급을 위하여 납입보험료의 일정 부분을 적립해 가는데, 이때 적용하는 이율을 의미합니다. 이 보험의 공시이율은 회사의 운용자산이익률, 객관적인 외부지표금리(국고채 수익률 등 시중금리) 및 향후 운용수익률 예측분을 혼합하여 일정기간마다 산출하여 공시하고 있습니다.

제 5 조 보험금 등의 청구

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 책임준비금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 책임준비금 청구에 필요하여 제출하는 서류

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

- ② 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.
 1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
 2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
 3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서
- ③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 6 조 보험금 등의 지급절차

- ① 회사는 제5조(보험금 등의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급합니다. 다만, 보험금 및 책임준비금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 및 책임준비금을 지급합니다.
- ② 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 연금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 7 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 전환전계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 계약자는 이 특약을 청약할 때 종신연금형, 확정기간연금형 또는 상속연금형 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 하며, 보험기간, 연금개시나이 등 세부사항은 사업방법서에서 정한 바에 따릅니다.
- ③ 회사는 전환전계약의 해지환급금 지급사유 발생시 지급금의 전부 또는 일부를 계약자의 신청에 따라 계약자에게 연금으로 전환하여 드립니다. 이 경우 이 특약의 보험증권을 발행하여 드립니다.
- ④ 전환신청 당시 보험수익자가 별도로 지정된 지급금에 대하여는 해당 보험수익자 및 피보험자가 변경된 경우에는 변경된 피보험자의 서면에 의한 동의가 있어야 제3항에 따라 전환 신청할 수 있습니다.

제 8 조 특약의 무효

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우
 2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 9 조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험료
 2. 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 확정기간연금형 및 상속연금형에 한하여, 회사는 계약자가 제1항 제1호에 따라 이 특약의 보험료를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제15조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험료 등의 감액시 해지환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

제 10 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 종신연금형, 상속연금형의 경우 보장개시일부터 종신까지이며, 확정기간연금형의 경우 보장개시일부터 이 특약을 부가할 때에 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 11 조 특약의 소멸

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 연금의 지급이 완료되었거나 피보험자가 사망하였을 때에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
- ② 제1항에서 상속연금형의 경우 연금개시후 피보험자 사망시 계약자에게 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ③ 제2항의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제6조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 12 조 특약의 보장개시

- ① 이 특약의 보장개시일은 이 특약의 계약자가 신청한 연금전환일로 하며, 보장개시일을 보험계약일로 봅니다.
- ② 이 특약에 대한 연금개시일은 이 특약의 계약자가 신청한 연금전환일로 합니다

제 13 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

이 특약의 보험료는 전환전계약의 지급금의 전부 또는 일부를 일시에 납입하는 것으로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 14 조 계약자의 임의해지

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지(解止)할 수 있으며, 이 경우 회사는 제15조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 그러나, 종신연금형의 경우 연금 지급이 개시된 후에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

제 14 조의 2 위법계약의 해지

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제15조(해지환급금) 제5항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 15 조 해지환급금

- ① 이 약관에 따라 계약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금 계산시 적용되는 공시이율은 제4조(공시이율의 적용 및 공시)에서 정한 이율로 합니다.
- ③ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)에 따릅니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ⑤ 제14조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 6 관 분쟁의 조정 등

제 16 조 소멸시효

- ① 보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금청구권 및 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.
- ② 제1항의 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.

제 7 관 기타사항 등

제 17 조 전환전계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 전환전계약 약관을 준용합니다.

연금 지급기준표

급부명칭	지 급 내 용	
연금	1. 종신연금형	
	지급사유	금 액
	연금개시이후 피보험자가 매년 보험계약 해당일에 살아있을 경우	연금개시시의 계약자적립금을 기준으로 피보험자가 생존한 기간동안(계약자가 선택한 보증지급기간까지 보증) 산출방법서에서 정한 방법에 따라 연금액을 분할계산하여 매년 보험계약 해당일에 지급
	2. 확정기간연금형	
	지급사유	금 액
	연금개시시에 피보험자가 살아있을 경우	연금개시시의 계약자적립금을 기준으로 계약자가 선택한 기간동안(5년, 10년, 15년, 20년) 산출방법서에서 정한 방법에 따라 연금액을 분할계산하여 매년 보험계약 해당일에 지급
	3. 상속연금형	
	지급사유	금 액
	연금개시이후 피보험자가 매년 보험계약 해당일에 살아있을 경우	연금개시시의 계약자적립금을 기준으로 산출방법서에서 정한 방법에 따라 이 특약의 공시이율에 의해 계산한 이자 상당액에서 소정의 사업비를 차감하여 매년 보험계약 해당일에 지급(단, 피보험자 사망시에는 이 특약의 사망당시의 책임준비금 지급)

- 주) 1. 이 특약의 공시이율은 사업방법서에서 정한 방법에 따라 회사가 매월 1일 결정하며, 공시이율의 최저보증이율은 이 특약의 계약일로부터 3년 이내에는 연복리 1.0%, 3년초과 5년 이내에는 연복리 0.75%, 5년을 초과하는 경우에는 연복리 0.5%를 적용합니다.
2. 연금액의 계산은 연금개시시의 계약자적립금을 기준으로 이 특약의 공시이율을 적용하여 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산되며, 공시이율이 변경되면 실제 지급되는 연금액도 변경됩니다.
3. 종신연금형의 경우 보증지급기간(계약자가 선택한 보증지급기간) 동안의 지급되지 않은 연금액을, 확정기간연금형의 경우 연금지급기간(5년, 10년, 15년, 20년) 동안의 지급되지 않은 연금액을 산출방법서에 따라 공시이율로 할인하여 일시금으로 선지급 받을 수 있으며, 피보험자가 사망한 경우 또한 같습니다.
4. 상속연금형의 경우 연금개시후 피보험자 사망시 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급합니다. 책임준비금이란 연금개시시점의 계약자적립금을 공시이율로 적립한 금액에서 연금 발생분을 차감한 나머지 금액을 공시이율로 적립한 금액으로 산출방법서에서 정한 바에 따라 계산합니다.
5. 연금은 계약자가 원할 경우 매월, 매3개월, 매6개월로 분할하여 지급받을 수 있습니다.
6. 해당월의 보험계약 해당일이 없는 경우에는 해당월의 말일을 보험계약 해당일로 합니다.
7. 종신연금형의 경우 '계약자가 선택한 보증지급기간'이란 최소 10년(단, 피보험자의 기대여명이 5년 이상 10년 미만인 경우에는 기대여명)부터 최대 [101-연금개시나이]년까지의 보증지급기간

중 계약자가 선택한 보증지급기간을 말합니다.

8. '기대여명'이란 관련세법에 따라 통계법 제18조(통계작성의 승인)에 의해 통계청장이 승인하여 고시하는 전환시점 통계표의 '성별·연령별 기대여명 연수(소수점 이하는 버린다)'를 기준으로 다음과 같이 계산하여 적용합니다.
- 기대여명 = 전환시점 피보험자의 '성별·연령별 기대여명 연수(소수점 이하는 버림)'
단, 피보험자의 전환시점 나이를 기준으로 산출함

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제6조 제2항 및 제15조 3항 관련)

구 분		기 간	지급이자
사망당시의 책임준비금 (제11조 제2항)		지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
		지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
		지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
		지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
연금 (제3조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	보험기간 만기일(다만, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 않게 된 경우에는 효력을 가지지 않게 된 날) 이내	공시이율
		보험기간 만기일(다만, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 않게 된 경우에는 효력을 가지지 않게 된 날) 이후	1년 이내 : 공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해지환급금 (제15조 제1항)		지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
		청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 연금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제16조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

양육자금 전환특약(K4.1) 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험회사(이하 '회사'라 합니다)에서 별도로 정한 제도를 적용하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 주계약 체결 시점의 이율을 말합니다.

3. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 근로자의 날은 제외합니다.

4. 양육자금 관련 용어

가. 양육자금: '바'목에서 정한 분할지급원금과 나중에 지급할 분할지급원금에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더한 금액을 말합니다.

나. 수익자녀: 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상 자녀 중 1인을 말합니다.

다. 양육자금전환금액: 수익자녀에게 지급되는 사망보험금 중 양육자금의 지급을 위한 전환 대상금액을 말합니다.

라. 양육자금종료나이: 양육자금의 지급이 종료되는 수익자녀의 나이를 말합니다.

마. 양육자금지급기간: 양육자금종료나이에서 주계약 사망보험금 지급사유 발생시 수익자녀의 나이를 뺀 기간을 말합니다.

바. 분할지급원금: 양육자금전환금액을 양육자금지급기간 동안 매월 나누어 지급할 금액을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 양육자금의 지급

① 회사는 주계약의 사망보험금 지급사유 발생시, 제2조(용어의 정의) 제4호 '가'목에 따른 양육자금을 매월 주계약의 사망보험금 지급사유 발생 해당일에 수익자녀에게 지급합니다. 다만, 매월 양육자금을 지급할 때 해당월의 주계약 사망보험금 지급사유 발생 해당일이 없는 경우에는 해당월의 말일을 지급사유 발생 해당일로 합니다.

② 양육자금지급기간 중 양육자금을 일시에 지급하는 경우에는 나중에 지급할 양육자금에 대하여 평균 공시이율을 연단위 복리로 할인하여 지급합니다.

③ 수익자녀의 나이가 만19세 미만인 경우 수익자녀 또는 수익자녀의 법정대리인은 나중에 지급할 양육

자금을 일시에 수령할 수 없습니다.

④ 제3항에도 불구하고 제2조(용어의 정의) 제4호 '마'목에 따른 양육자금지급기간 중 수익자녀가 사망한 경우에는 나중에 지급할 양육자금을 제2항에 따라 일시에 지급합니다.

제 4 조 양육자금의 청구

수익자녀 또는 수익자녀의 법정대리인은 다음의 서류를 제출하고 양육자금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 수익자녀의 가족관계등록부 또는 주민등록등본
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 수익자녀의 법정대리인의 경우 법정대리인임을 확인할 수 있는 서류
5. 기타 수익자녀가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제 5 조 양육자금의 지급절차

- ① 회사는 제4조(양육자금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 양육자금을 지급합니다. 다만, 양육자금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
- ② 회사는 양육자금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자, 수익자녀 또는 수익자녀의 법정대리인에게 알려 드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 참조)과 같이 계산합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 6 조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 또는 체결한 후 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약은 주계약의 사망보험금 지급사유 발생 전에 한하여 청약할 수 있습니다. 다만, 주계약의 계약자와 피보험자가 상이한 경우에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.
- ③ 주계약의 계약자는 이 특약을 청약할 때 주계약의 사망보험금 보험수익자를 제2조(용어의 정의) 제4호 '나'목의 요건에 해당하는 수익자녀로 지정(주계약의 보험기간 중 보험수익자를 수익자녀로 변경하는 경우를 포함)하여야 하며, 이 때 수익자녀의 나이는 만19세 미만이어야 합니다.
- ④ 이 특약을 체결한 때, 제3항에 따라 수익자녀로 지정된 자는 그 해당되는 날에 수익자녀의 자격을 취득합니다.
- ⑤ 주계약의 계약자는 주계약에서 수익자녀에게 지급되는 사망보험금의 50% 이상을 제2조(용어의 정의) 제4호 '다'목에 따른 양육자금전환금액으로 선택하여야 합니다.
- ⑥ 주계약의 계약자는 수익자녀 나이 15세, 20세, 25세 중 하나를 제2조(용어의 정의) 제4호 '라'목에 따른 양육자금종료나일로 선택하여야 합니다.
- ⑦ 이 특약을 청약하고 주계약에서 사망보험금 지급사유가 발생하더라도 다음 각 호의 어느 하나의 경우에는 이 특약을 적용하지 않습니다.
 1. 주계약의 사망보험금 지급시 수익자녀의 나이가 이 특약을 체결할 때 정한 양육자금종료나일과 같거나 초과한 경우
 2. 이 특약을 체결한 후 수익자녀가 사망하거나 주계약의 사망보험금 보험수익자에서 제외된 경우

제 7 조 특약내용의 변경

① 계약자는 주계약의 사망보험금 지급사유 발생 전에 한하여 회사의 승낙을 얻어 아래 각 호의 사항을 변경할 수 있습니다.

1. 수익자녀
2. 양육자금전환금액
3. 양육자금종료나이

② 계약자가 제1항 제1호 내지 제3호의 사항을 변경하고자 할 때에는 주계약의 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

제 8 조 보험나이 등

- ① 제6조(특약의 성립) 제6항 내지 제7항의 수익자녀의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 주계약의 사망보험금 지급사유 발생일 현재 수익자녀의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 주계약의 사망보험금 지급사유 발생해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제3조(양육자금의 지급) 제3항 및 제6조(특약의 성립) 제3항의 나이는 수익자녀의 실제 만나이를 적용합니다.

제 9 조 특약의 소멸

제2조(용어의 정의) 제4호 '가'목에 따른 양육자금의 지급이 완료되었거나 제2조(용어의 정의) 제4호 '나'목에 따른 수익자녀가 사망한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 10 조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

- ① 이 특약의 보험료는 없습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 이 특약의 청약을 승낙한 날로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 11 조 계약자의 임의해지

계약자는 주계약의 사망보험금 지급사유가 발생하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 해지환급금은 없습니다. 다만, 주계약의 계약자와 피보험자가 상이한 경우에는 계약자는 피보험자의 동의를 얻은 경우에 한하여 이 특약을 해지할 수 있습니다.

제 12 조 해지특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제10조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항의 규정을 따릅니다.

제 6 관 기타사항 등

제 13 조 주계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

【 별 표 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제5조 제2항 관련)

구 분	기 간		지 급 이 자
양육자금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	양육자금지급기간 만기일(단, 이 특약이 더 이상의 효력을 가지지 않게 된 경우에는 효력을 가지지 않게 된 날)까지의 기간	평균공시이율
		양육자금지급기간 만기일(단, 이 특약이 더 이상의 효력을 가지지 않게 된 경우에는 효력을 가지지 않게 된 날) 이후	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 양육자금은 회사가 양육자금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
3. 지급이자는 연단위 복리로 계산합니다.
4. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

장애인전용 세제전환특약(K1.1) 약관

제 1 조 목적

이 특약은 주된 보험계약에 세제혜택을 부여하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 전환대상계약: 제3조(특약의 성립) 제1항의 각 호를 모두 만족하는 주된 보험계약(특약이 부가되어 있는 경우 해당되는 특약을 포함합니다.)을 말합니다.
2. 특약: 전환대상계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.
3. 보험계약자: 보험회사(이하 '회사'라 합니다)와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말하며, 이하 '계약자'라 합니다.
4. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
5. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

제 3 조 특약의 성립

① 이 특약은 회사가 정한 방법에 따라 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함하며, 이하 "전환대상계약"이라 합니다)에 대하여 계약자가 장애인 전용보험으로 세제전환을 청약하고 회사가 승낙함으로써 적용합니다.

1. 소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험
2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항에서 규정한 장애인(이하 '장애인'이라 합니다)인 보험

【 이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시】

- 예1) 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 1인은 비장애인, 1인은 장애인인 경우
⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.
- 예2) 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 1인은 비장애인, 1인은 장애인인 경우
⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.
- 예3) 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우
⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특약을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

② 이 특약의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제 4 조 특약의 소멸

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 전환대상계약이 해지, 기타 사유로 효력이 없게 된 경우
2. 전환대상계약이 제3조(특약의 성립) 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우
3. 제5조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제3조(특약의 성립) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우

제 5 조 제출서류

① 이 특약에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의「소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식에 의한 장애인 증명서의 원본 또는 사본」(이하, "장애인 증명서"라 합니다)을 제출하고 제3조(특약의 성립) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률에 따른 상이자의 증명을 받은 사람」 또는 「장애인복지법에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람」에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애사실을 증명하는 서류를 제출한 경우에는 제1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.
- ③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항에 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.
- ④ 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 다시 제출하여야 합니다.

제 6 조 장애인전용보험으로의 전환

- ① 회사는 이 특약이 부가된 전환대상계약을 소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호에 해당하는 장애인전용 보험으로 전환하여 드립니다.
- ② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 세제전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

【설명】

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특약을 청약하기 전(2019년 1월 15일~2019년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2019년 6월 1일~2019년 12월 31일) 납입된 보험료만 장애인전용 보장성보험으로 표시됩니다.

- ③ 제2항에도 불구하고, 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 전환대상계약이 제3조(특약의 성립) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우」 또는 「전환대상계약이 장애인전용 보험으로 전환된 당해년도에 제7조(전환해지)에 따라 전환을 해지하는 경우」에는 당해년도에 납입한 전환대상계약 보험료 전체가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제4조(특약의 소멸) 제3호에 따라 이 특약의 효력이 없어진 경우에는 그러하지 않습니다.

【설명】

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2019년 12월 1일에 전환을 해지한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않습니다.

- ④ 전환대상계약에 이 특약이 부가된 이후 제4조(특약의 소멸) 제1호 및 제2호에 따라 이 특약의 효력이 없어진 경우 또는 제7조(전환해지)에 따라 계약자가 전환을 해지한 경우, 해당 전환대상계약에는 이 특약을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제4조(특약의 소멸) 제3호에 따라 이 특약의 효력이 없어진 경우에는 그러하지 않습니다.

제 7 조 전환해지

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 세제전환을 해지할 수 있으며, 이 경우 전환해지 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제 8 조 준용규정

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 법령에서 정하는 바에 따릅니다.
- ② 소득세법 등 관련 법령이 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

중도부가서비스특약(K2.5) 약관

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)과 관련해 제3조(특약의 적용)에서 정한 바에 따라 특약을 중도가입 하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
2. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.
3. 계약자: 보험회사(이하 '회사'라 합니다)와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
4. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
5. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
6. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
7. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
8. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제 3 조 특약의 적용

- ① 이 특약은 주계약 체결일로부터 1개월이 지난 이후 회사가 정한 방법에 따라 계약자의 신청(申請)과 회사의 승낙(承諾)에 의해 해당 시점에 판매 중인 특약(이하 '중도부가특약'이라 합니다)을 중도에 추가로 가입하는 경우에 적용합니다.
- ② 중도부가특약은 중도부가 신청 시점에 주계약(또는 주계약과 유사한 형태의 상품)에 부가하여 판매 중인 특약 중 회사가 정한 특약을 말하며, 중도부가특약에 중도부가형이 별도로 설계되어 있을 경우 중도부가형에 한하여 부가할 수 있습니다.
- ③ 회사는 피보험자가 중도부가특약에 적합하지 않은 경우에는 해당 중도부가특약의 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

제 4 조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

회사는 계약자 또는 피보험자가 중도부가특약 가입과 관련하여 계약 전 알릴 의무를 위반한 경우에는 해당 중도부가특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

제 5 조 중도부가특약의 체결 및 보장개시

- ① 회사는 중도부가특약의 가입신청을 승낙하고 계약자로부터 해당 중도부가특약의 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특약 및 중도부가특약의 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 계약자의 신청과 함께 중도부가특약의 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다. (이하 제1회 보험료를 받은 날을 '보장개시일'이라 하며, 보장개시일을 '중도부가일' 및 '특약계약일'로 봅니다)
- ② 제1항에도 불구하고 해당 중도부가특약에 암보장개시일 등과 같이 별도의 보장개시일이 설정되어 있는 경우에는 해당 중도부가특약의 중도부가일부터 보장개시일이 새롭게 산정(算定)되며, 회사는 그 날부터 해당 중도부가특약의 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

③ 제1항에 따라 부가된 중도부가특약이 갱신형 특약일 경우, 해당 특약의 약관에도 불구하고 중도부가일의 계약을 '최초계약'으로 합니다.

제 6 조 중도부가특약의 나이 등 계산기준일

이 특약에 따라 중도부가특약에 가입할 경우 해당 중도부가특약의 중도부가일을 기준으로 가입나이, 보험기간, 보험료 납입기간 등을 정합니다. 다만, 중도부가특약의 보험료 납입주기는 주계약의 보험료 납입주기와 동일해야 하며, 주계약의 보험료 납입주기가 비월납(일시납 제외)인 경우에는 주계약의 매 보험료 납입월에 한해 중도부가특약의 가입이 가능합니다.

제 7 조 보험료의 납입

① 중도부가특약의 보험료 및 책임준비금은 제6조(중도부가특약의 나이 등 계산기준일)에서 정한 가입나이를 기준으로 해당 중도부가특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

② 해당 중도부가특약의 제1회 보험료를 납입한 후 차회 이후의 보험료는 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었거나 주계약의 보험료 납입이 면제되었음에도 해당 중도부가특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는(해당 중도부가특약의 보험료 납입이 면제된 경우는 제외함) 해당 중도부가특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제 8 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 해당 중도부가특약도 해지합니다. 다만, 중도부가특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다.)에는 그러하지 않습니다.

② 중도부가특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 중도부가특약이 해지된 경우에는 해당 중도부가특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 9 조 보험증권에 기재

회사가 중도부가특약의 가입을 승낙한 때에는 그 내용을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 10 조 기타사항

- ① 해당 중도부가특약 약관상 회사가 계약자의 청약에 대한 승낙을 거절할 수 있는 기간, 계약자가 청약을 철회할 수 있는 기간의 기산일은 중도부가신청일을 기준으로 하여 계산합니다. 다만, 진단계약의 경우 회사가 계약자의 청약에 대한 승낙을 거절할 수 있는 기간은 진단일(재진단의 경우 최종 진단일)을 기준으로 하여 계산합니다.
- ② 해당 중도부가특약의 취소, 무효, 해지, 2년 이내 피보험자의 자살 등에 관한 중도부가특약 약관의 '계약일'은 중도부가일로 합니다.
- ③ 해당 중도부가특약에 대한 회사의 승낙거절, 계약자의 청약철회, 취소, 무효 등에 지급될 이미 납입한 보험료는 제7조(보험료의 납입)의 해당 중도부가특약의 중도부가일에 납입한 제1회 보험료와 이후 납입한 보험료를 합한 금액을 의미합니다.
- ④ 주계약의 보험료 납입면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'에 의한 경우에는 해당 중도부가특약 약관에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에도 중도부가특약의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- ⑤ 기타 이 특약에서 정하지 않은 사항은 해당 중도부가특약 약관의 규정을 적용하되, 해당 중도부가특약의 내용과 이 특약의 내용이 상이한 경우에는 이 특약이 우선 적용됩니다.

지정대리청구서비스특약(K1.6) 약관

제 1 관 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험수익자의 대리인이 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 보험계약자: 보험회사(이하 '회사'라 합니다)와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말하며, 이하 '계약자'라 합니다.

라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 대리청구인 관련 용어

지정대리청구인: 계약자가 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는, 회사가 정한 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 제7조(지정대리청구인의 지정) 제1항에 따라 지정하는 보험금의 대리청구인을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 보험금의 청구

① 지정대리청구인은 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서

3. 지정대리청구인의 사진이 붙은 정부기관 발행 주민등록증이나 운전면허증 등

4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본

5. 기타 지정대리청구인이 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제 4 조 보험금의 지급절차

① 지정대리청구인은 제3조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제5조(특약의 성립과 적용대상) 제2항의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는, 회사가 정한 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 해당 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 5 조 특약의 성립과 적용대상

- ① 이 특약은 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다.
- ② 이 특약의 적용대상은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 주계약 및 특약으로 합니다.

제 6 조 특약의 소멸

제5조(특약의 성립과 적용대상) 제2항에 따른 적용대상 계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

제 4 관 지정대리청구인의 지정

제 7 조 지정대리청구인의 지정

- ① 계약자는 다음 중 어느 하나에 해당하는 자 중에서 지정대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정 시 대표대리인을 지정)을 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제8조(지정대리청구인의 변경 지정)에 따른 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에 따라 지정대리청구인을 지정하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 지정대리청구인 신청서(회사양식)
 2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
 3. 계약자의 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서를 포함하며, 이하 '신분증'이라 합니다)
- ③ 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제5조(특약의 성립과 적용대상) 제2항에 따른 적용대상 계약의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동으로 상실된 것으로 봅니다.

제 8 조 지정대리청구인의 변경 지정

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알려 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 계약자의 신분증

제 5 관 기타사항

제 9 조 준용규정

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

특정 신체부위·질병 보장제한부 인수특약(K3.2) 약관

제 1 조 목적

이 특약은 보험회사(이하 '회사'라 합니다)에서 별도로 정한 제도를 적용하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
2. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.
3. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
4. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
5. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
6. 재해: 별표 3 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.
7. 해당계약: 이 특약의 적용을 받는 주계약 또는 특약을 말합니다.

제 3 조 한국표준질병·사인분류 적용기준

- ① 이 약관에서 규정하는 질병분류는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175 호, 2021.1.1.시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 면책하는 질병 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 면책하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

- 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에는 약관에서 정한 면책조건의 질병에 해당되지 아니하나, 진단 당시 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 약관상 면책하는 질병에 해당하는 경우에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- 피보험자가 진단 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에는 약관에서 정한 면책조건의 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 면책조건의 질병에 해당하지 않더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 4 조 특약면책조건의 내용

- ① 회사는 이 특약에서 정한 면책기간 중에 다음 각 호에서 정한 질병 중 어느 하나를 직접적인 원인으로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 사망하여 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우에는 그러하지 않습니다.

1. 별표1 '특정신체부위의 분류번호' 중에서 회사가 지정한 신체부위(이하 '특정신체부위'라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병
2. 별표2 '특정질병의 분류번호' 중에서 회사가 지정한 질병(이하 '특정질병'이라 합니다)

- ② 제1항의 면책기간은 특정질병 또는 특정신체부위의 상태에 따라 「1년부터 5년」또는 「해당계약의 보험기간」으로 합니다. 다만, 해당계약이 갱신계약인 경우「면책기간」의 산정은 최초 계약일을 기준으로 하

며, 「해당계약의 보험기간」은 최초 계약일부터 최종 갱신계약의 종료일까지로 합니다. 또한 면책판단은 회사에서 정한 계약인수지침을 따르며, 개개인의 질병(계약전 알릴의무 사항에 해당하는 질병)의 상태 등을 판단하여 의학적 인과관계가 있는 경우 면책조건을 부가할 수 있습니다.

【갱신계약】

계약자가 보험기간 만료일까지 계약을 유지하지 않는다는 의사표시가 없는 한 자동적으로 갱신되는 계약

③ 제1항에도 불구하고 회사는 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 보험금을 지급하며 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 제1항 제1호에서 지정한 특정신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병으로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우(다만, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병 이외의 질병으로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
3. 재해로 인하여 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
4. 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년) 이내에 제1항 제1호 및 제2호에서 지정한 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없고, 청약일부터 5년이 지난 이후 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 질병으로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우

④ 제3항 제4호의 '청약일 이후 5년 이내'라 함은 해당계약에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 이 특약에서 정한 면책기간이 경과하였거나 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지난 경우에는 면책기간의 종료 등을 서면(우편 등), 전화(음성녹음 포함) 또는 전자문서(문자메시지 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

⑥ 제8조(해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 제3항 제4호의 청약일로 하여 적용합니다.

⑦ 피보험자가 회사가 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음 날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

⑧ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정질병 또는 특정신체부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.

⑨ 제1항의 특정신체부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제 5 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약 또는 특약을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 주계약 또는 특약을 체결한 후 계약전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우에 계약자의 청약(請約) 또는 신청(申請)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약 또는 특약에 부가하여 이루어집니다.

② 회사는 제1항에 따라 이 특약을 부가할 때 부담보 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.

제 6 조 특약의 소멸

① 해당계약이 해지(解止), 기타 사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력이 없습니다.

② 해당계약에서 정한 보장개시일 전일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

1. 제4조(특약면책조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 전일 이전에 동일한 특정신체부위에 질병이 발생한 경우
2. 제4조(특약면책조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 전일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제 7 조 특약의 보장개시

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 해당계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 8 조 해지특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 해당계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우 한하여 해당계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 해당계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제7조(특약의 보장개시)를 따릅니다.

제 9 조 해당계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 해당계약 약관을 따릅니다.

【 별표 1 】

특정신체부위의 분류번호

분류 번호	특정신체부위의 명칭	분류 번호	특정신체부위의 명칭
1	위, 십이지장	25	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
2	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌 기 포함)	26	난소 및 난관
3	대장(맹장, 직장 제외)	27	고환[고환초막(고환집막) 포함] 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
4	직장	28	갑상선
5	항문	29	부갑상선
6	간	30	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
7	담낭(쓸개) 및 담관	31	피부(두피 및 입술 포함)
8	췌장	32	경추부(해당신경 포함)
9	비장	33	흉추부(해당신경 포함)
10	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포 함)	34	요추부(해당신경 포함)
11	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강 (코 결굴) 포함]	35	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신 경 포함)
12	인두 및 후두(편도 포함)	36	왼쪽 어깨
13	식도	37	오른쪽 어깨
14	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀 밑샘) 및 설하선(혀밑샘)	38	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
15	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데 귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌 기) 포함]	39	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
16	안구 및 안구부속기[안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함]	40	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
17	신장	41	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
18	부신	42	왼쪽 고관절
19	요관, 방광 및 요도	43	오른쪽 고관절
20	음경	44	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
21	질 및 외음부	45	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
22	전립선	46	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
23	유방(유선 포함)	47	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
24	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]	48	상·하악골(위턱뼈·아래턱뼈)
		49	쇄골
		50	늑골(갈비뼈)
		51	골반부(장골, 좌골, 치골)

【 별표 2 】

특정질병의 분류번호

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서, 특정질병으로 분류된 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

병 명	분류번호	세부내용
심장질환	I00~I02, I05~I09, I20~I25, I26~I28, I30~I52	
뇌혈관질환	I60~I69	
당뇨병	E10~E14	
	O24	임신중 당뇨병
고혈압성 질환	I10~I13, I15	
결핵	A15~A19, B90	
담석증	K80	담석증
요로결석증	N20	신장 및 요관의 결석
	N21	하부요로의 결석
	N22	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석
	N23	상세불명의 신장 급통증
임신중독증	O11	만성 고혈압에 겹친 전자간
	O12	고혈압을 동반하지 않은 임신성[임신-유발] 부종 및 단백뇨
	O13	임신[임신-유발]고혈압
	O14	전자간
	O15	자간
골관절증 및 류마티스 관절염	M05	혈청검사양성 류마티스관절염
	M06	기타 류마티스관절염
	M08	연소성 관절염
	M15	다발관절증
	M16	고관절증
	M17	무릎관절증
	M18	제1수근중수관절의 관절증
	M19	기타 관절증
척추만곡증	M40	척주후만증 및 척주전만증
	M41	척주측만증
통풍	E79	퓨린 및 피라미딘 대사장애
	M10	통풍
고지혈증	E78	지질단백질대사장애 및 기타 지질증
사시	H49	마비성 사시
	H50	기타 사시
	H51	양안운동의 기타 장애

병명	분류번호	세부내용
백내장	H25	노년백내장
	H26	기타 백내장
	H27	수정체의 기타 장애
하지정맥류 (정맥염 포함)	I80	정맥염 및 혈전정맥염
	I83	하지의 정맥류
	I87	정맥의 기타 장애
탈장 (음낭수종 포함)	K40	사타구니탈장
	K41	대퇴탈장
	K42	배꼽탈장
	K43	복벽탈장
	K44	횡격막탈장
	K45	기타 복부탈장
	K46	상세불명의 복부탈장
	N43	음낭수종 및 정맥류
유산	N96	습관적 유산자
	O00	자궁외임신
	O01	포상기태
	O02	기타 비정상적 수태부산물
	O03	자연유산
	O04	의학적 유산
	O05	기타 유산
	O06	상세불명의 유산
	O07	시도된 유산의 실패
	O08	유산, 자궁외임신 및 기태임신에 따른 합병증
	O20	초기임신중 출혈
복막의 질환	K65~K67	
골반염	N70	난관염 및 난소염
	N71	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환
	N72	자궁경부의 염증성 질환
	N73	기타 여성골반염증질환
	N74	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애
골다공증	M80	병적 골절을 동반한 골다공증
	M81	병적 골절이 없는 골다공증
	M82	달리 분류된 질환에서의 골다공증
천식	J45	천식
	J46	천식지속상태
두통	R51	두통
	G43	편두통
	G44	기타 두통증후군

병명	분류번호	세부내용
빈혈	D50	철결핍빈혈
	D51	비타민B ₁₂ 결핍빈혈
	D52	엽산결핍빈혈
	D53	기타 영양성 빈혈
	D60	후천성 순수적혈구무형성[적모구감소증]
	D61	기타 무형성빈혈
	D62	급성 출혈후 빈혈
	D63	달리 분류된 만성 질환에서의 빈혈
	D64	기타 빈혈
소화기용종	D12	결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물
	D13	기타 및 부분불명의 소화계통의 양성 신생물
	K62	항문 및 직장의 기타 질환
	K63	장의 기타 질환
자궁근종	D25	자궁의 평활근종

※ 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 이 약관에 면책하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 기준에 의거하여 상기 '특정질병' 중 일부는 아래와 같이 발현(또는 원인) 코드로 동시 진단될 수 있습니다.

특정질병 대상코드		발현(또는 원인) 코드	
대상이 되는 질병	분류번호	대상이되는 질병	분류번호
달리 분류된 질환에서의 상세불명 판막의 심내막염	I39.8*	칸디다심내막염	B37.6†
달리 분류된 세균성 질환에서의 심장막염	I32.0*주)	수막알균성 심장병	A39.5†
달리 분류된 질환에서의 상세불명 판막의 심내막염	I39.8*주)		
달리 분류된 세균성 질환에서의 심근염	I41.0*주)		
달리 분류된 세균성 질환에서의 기타 심장장애	I52.0*주)		
골 및 관절의 결핵	A18.0†	결핵관절염	M01.1*
		척추의 결핵	M49.0*
		뼈의 결핵	M90.0*
비뇨생식계통의 결핵	A18.1	결핵성 방광염	N33.0*
		자궁경부의 결핵감염	N74.0*
		여성 결핵성 골반염증질환	N74.1*

특정질병 대상코드		발현(또는 원인) 코드	
장, 복막 및 장간막 림프절의 결핵	A18.3	결핵성 복막염	K67.3*
		장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애	K93.0*
류마티스페질환	M05.1†	류마티스페질환	J99.0*
자궁경부의 결핵감염	N74.0*	여성생식기관의 결핵	A18.17†
여성 결핵성 골반염증성질환	N74.1*		

주) I32.0~I52.0은 약관상 동시에 보장하고 있는 경우만 A39.5†도 보장합니다. 즉, I32.0~I52.0 중 일부만 보장하는 경우 A39.5†는 보장하지 않습니다.

※ 발현코드와 원인코드는 한국표준질병·사인분류 기준에 따라 상기와 같이 정의되며, 원인과 질환에 따라 병행하여 동시에 기재할 수 있습니다. 즉, 발현코드는 원인코드의 부가적인 질병분류번호로서, 다양한 원인 질환(원인코드)과 병행될 수 있습니다.

【 별표 3 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

표준하체인수특약(K3.4) 약관

제 1 조 목적

이 특약은 보험회사(이하 '회사'라 합니다)에서 별도로 정한 제도를 적용하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

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

1. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
2. 특약: 주계약에 추가하는 보험계약을 말합니다.
3. 해당계약: 이 특약의 적용을 받는 주계약 또는 특약을 말합니다.
4. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
5. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
6. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
7. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
이 특약을 2인보장보험에 추가할 경우 이 특약의 피보험자는 보험금의 지급사유 발생 대상이 되는 피보험자 중 회사가 정한 자로 합니다.
8. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
9. 재해: 별표 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.
10. 표준체, 표준하체: 표준체는 건강상태에 따라 위험률을 할인·할증하지 않은 일반 위험률을 적용하는 피보험자를 말하고, 표준하체는 위험도가 일반 위험률보다 높아 표준체와 동일한 조건으로는 계약이 불가능한 피보험자를 말합니다.
11. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

제 3 조 특약의 내용

이 특약은 피보험자의 위험도가 높아 계약이 불가능한 경우 이 약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 해당계약의 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제 4 조 특약의 부가조건

① 특약에 따라 추가하는 계약조건은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 다음 중 한 가지의 방법으로 부가합니다.

1. 할증보험료법

할증위험률(割増危険率)에 의한 보험료와 표준체(標準體)보험료와의 차액을 특약보험료라 하며 계약을 체결할 때 위험의 정도에 따라 표준체보험료에 회사에서 정한 특약보험료를 더하여 납입보험료로 합니다. 이러한 경우 피보험자에게 보험사고가 발생하였을 때에는 해당계약에 정한 보험금을 지급합니다.

【할증위험률】

피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 일반위험률보다 높게 적용되는 위험률

2. 보험금감액법

계약일로부터 회사가 정하는 삭감기간(削減期間) 내에 피보험자에게 재해 이외의 원인으로 해당계약의 삭감대상 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당계약의 규정에도 불구하고 계약할 때 정한 삭감기간 및 보험금지급비율에 따라 다음과 같이 보험금을 지급합니다. 삭감기간이 경과한 이

후 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금의 100%를 지급합니다.

가. 계단식 보험금감액법

경과기간	기준	삭감기간 및 보험금지급비율				
		1년	2년	3년	4년	5년
1년 미만	해당계약에 정한 지급보험금	50%	30%	25%	20%	15%
1년 이상 2년 미만		100%	60%	50%	40%	30%
2년 이상 3년 미만		100%	100%	75%	60%	45%
3년 이상 4년 미만		100%	100%	100%	80%	60%
4년 이상 5년 미만		100%	100%	100%	100%	80%

나. 평준식 보험금감액법

경과기간에 상관없이 전 삭감기간 동안 50%이상의 범위 내에서 회사가 정한 동일한 보험금지급비율을 적용하여 보험금을 지급합니다.

그러나 그 보험사고의 발생원인이 재해로 인하여 발생한 경우에는 삭감된 보험금을 지급하지 않고 해당계약의 규정에 따른 보험금을 지급합니다.

3. 나이가산법

할증위험률에 따른 보험료가 표준체보험료와 가장 가까운 나이간의 차이를 연증수(年增數)라 합니다. 즉 어떤 결함을 가진 피보험자의 위험지수(危險指數)가 실제 n세 높은 나이의 표준체와 같은 위험률을 나타낸다고 인정할 때 n년증이라 칭하고 n세 높은 나이의 표준체보험료를 받아들이는 방법입니다.

4. 나이가산법과 보험금감액법을 병용(併用)할 수 있습니다.

② 제1항 제2호의 삭감기간은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 5년 이내로 합니다. 단, 해당계약이 계약자가 보험기간 만료일까지 계약을 유지하지 않는다는 의사표시가 없는 한 별도의 계약사정 없이 갱신되는 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)인 경우 삭감기간의 산정은 최초 계약일을 기준으로 합니다. 또한 그 판단기준은 회사에서 정한 계약인수기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

③ 제1항 제1호 내지 제4호에 따라 계약에 부가된 조건을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 5 조 특약의 성립

이 특약은 계약을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우에 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 해당계약에 부가하여 이루어집니다.

제 6 조 특약내용의 변경

① 이 특약이 부가된 해당계약의 경우에는 해당계약의 약관에도 불구하고 다음과 같은 내용은 변경할 수 없습니다.

1. 보험기간 또는 보험료 납입기간의 변경
2. 감액완납 또는 연장보험으로의 변경

【감액완납보험】

보험료 납입기간 중 보험료 납입이 어려워졌을 경우 보험계약의 보험기간 및 보험금의 지급사유 등은 유지하면서 보장금액을 낮추어 보험료 납입을 완료시키는 보험을 말합니다.

【연장보험】

차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 정기보험(일정기간 동안 사망을 보장하는 보험)으로 변경하는 보험

② 피보험자의 건강상태 호전 등으로 인하여 위험의 정도가 감소된 경우에 계약자는 회사의 승낙을 얻

어 이 특약의 보험료를 감액할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 이 특약의 보험료를 감액한 경우 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제11조(피보험자의 건강상태의 변경에 따른 특약의 해지) 제2항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 7 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 해당계약의 보험기간과 동일합니다.

제 8 조 특약의 소멸

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 해당계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우

‘사망’은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

나. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제 9 조 특약의 보장개시

이 특약에 대한 보장개시일은 해당계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 10 조 보험료의 납입

- ① 이 특약의 보험료는 해당계약의 보험료 납입기간 중에 해당계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 해당계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 해당계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제됩니다.

제 11 조 피보험자의 건강상태의 변경에 따른 특약의 해지

- ① 이 특약을 부가하여 해당계약을 가입하였으나 피보험자의 건강상태 호전 등으로 인하여 이 특약을 부가하지 않고도 해당계약 가입이 가능한 상태가 된 경우에 계약자는 회사의 승낙을 얻어 이 특약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우 회사는 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 12 조 해당계약 약관의 준용

이 특약에 따로 정하지 않은 사항에 대하여는 이 특약이 부가된 해당계약 약관에 따릅니다.

【 별표 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

한화생명 평생동행 종신보험 2201 무배당[보증비용부과형]

I. 보험용어해설

II. 약관에서 인용된 법령 내용



약관에서 일반적으로 사용되고 있는 보험용어와
인용된 법·규정의 조문 내용을 설명해 드립니다.

보험용어 해설

1. 보험약관

생명보험 계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

2. 보험증권

계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서

3. 계약자

회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

4. 피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

5. 보험수익자

보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람

6. 보험료

계약에 따른 보장을 받기 위하여 계약자가 회사에 납입하는 금액

7. 보험금

피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

8. 보험기간

계약에 따라 보장을 받는 기간

9. 보장개시일

회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

10. 보험가입금액

보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고 계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 책임준비금(적립액) 등이 결정됨

11. 책임준비금

장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

12. 해지환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

13. 위험보험료

약관에서 정하는 보험금(납입면제 등 포함)을 지급하기 위하여 매월 계약자적립금에서 공제하는 비용을 말합니다.

【부록】약관에서 인용된 법령 내용 (가나다 순)

- 아래 법령은 약관에서 인용한 법령으로 고객의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.
다만, 가입하신 상품에 따라 인용된 법령이 다를 수 있는 점을 참고하셔서 활용하시기 바랍니다.
- 아래 법령은 2021년 7월 기준의 예시이며, 해당 법령 개정시 개정된 내용이 적용됩니다.
또한, 아래 법령과 실제 법령 내용이 다를 경우에는 실제 법령 내용이 적용됩니다.

○ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "감염병"이란 제1급감염병, 제2급감염병, 제3급감염병, 제4급감염병, 기생충감염병, 세계보건기구 감시대상 감염병, 생물테러감염병, 성매개감염병, 인수(人獸)공통감염병 및 의료관련감염병을 말한다.
2. "제1급감염병"이란 생물테러감염병 또는 치명률이 높거나 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 신고하여야 하고, 음압격리와 같은 높은 수준의 격리가 필요한 감염병으로서 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.
 - 가. 에볼라바이러스병
 - 나. 마버그열
 - 다. 라싸열
 - 라. 크리미안콩고출혈열
 - 마. 남아메리카출혈열
 - 바. 리프트밸리열
 - 사. 두창
 - 아. 페스트
 - 자. 탄저
 - 차. 보툴리눔독소증
 - 카. 야토병
 - 타. 신종감염병증후군
 - 파. 중증급성호흡기증후군(SARS)
 - 하. 중동호흡기증후군(MERS)
 - 거. 동물인플루엔자 인체감염증
 - 너. 신종인플루엔자
 - 더. 디프테리아
3. "제2급감염병"이란 전파가능성을 고려하여 발생 또는 유행 시24시간 이내에 신고하여 하고, 격리가 필요한 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.
 - 가. 결핵(結核)
 - 나. 수두(水痘)
 - 다. 홍역(紅疫)
 - 라. 콜레라
 - 마. 장티푸스
 - 바. 파라티푸스

- 사. 세균성이질
 - 아. 장출혈성대장균감염증
 - 자. A형간염
 - 차. 백일해(百日咳)
 - 카. 유행성이하선염(流行性耳下腺炎)
 - 타. 풍진(風疹)
 - 파. 폴리오
 - 하. 수막구균 감염증
 - 거. b형헤모필루스인플루엔자
 - 너. 폐렴구균 감염증
 - 더. 한센병
 - 러. 성홍열
 - 머. 반코마이신내성황색포도알균(VRSA) 감염증
 - 버. 카바페넴내성장내세균속균종(CRE) 감염증
 - 서. E형간염
4. "제3급감염병"이란 그 발생을 계속 감시할 필요가 있어 발생 또는 유행 시24시간 이내에 신고하여야 하는 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.
- 가. 파상풍(破傷風)
 - 나. B형간염
 - 다. 일본뇌염
 - 라. C형간염
 - 마. 말라리아
 - 바. 레지오넬라증 사. 비브리오패혈증
 - 아. 발진티푸스
 - 자. 발진열(發疹熱)
 - 차. 찻찻가무시증
 - 카. 렘토스피라증
 - 타. 브루셀라증
 - 파. 공수병(恐水病)
 - 하. 신증후군출혈열(腎症候群出血熱)
 - 거. 후천성면역결핍증(AIDS)
 - 너. 크로이츠펔트-야콥병(CJD) 및 변종크로이츠펔트-야콥병(vCJD)
 - 더. 황열
 - 러. 뎅기열
 - 머. 큐열(Q熱)
 - 버. 웨스트나일열
 - 서. 라임병
 - 어. 진드기매개뇌염
 - 저. 유비저(類鼻疽)
 - 쳐. 치쿤구니아열
 - 커. 중증열성혈소판감소증후군(SFTS)
 - 터. 지카바이러스 감염증
5. "제4급감염병"이란 제1급감염병부터 제3급감염병까지의 감염병 외에 유행 여부를 조사하기 위하여 표본감시 활동이 필요한 다음 각 목의 감염병을 말한다.
- 가. 인플루엔자

나. 매독(梅毒)
 다. 회충증
 라. 편충증
 마. 요충증
 바. 간흡충증
 사. 폐흡충증
 아. 장흡충증
 자. 수족구병
 차. 임질
 카. 클라미디아감염증
 타. 연성하감
 파. 성기단순포진
 하. 첨규콘딜롬
 거. 반코마이신내성장알균(VRE) 감염증
 너. 메티실린내성황색포도알균(MRSA) 감염증
 더. 다제내성녹농균(MRPA) 감염증
 러. 다제내성아시네토박터바우마니균(MRAB) 감염증
 머. 장관감염증
 버. 급성호흡기감염증
 서. 해외유입기생충감염증
 어. 엔테로바이러스감염증
 저. 사람유두종바이러스 감염증

○ 개인정보보호법

제15조(개인정보의 수집·이용)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.
 1. 정보주체의 동의를 받은 경우
 2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
 3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
 4. 정보주체와의 계약의 체결 및 이행을 위하여 불가피하게 필요한 경우
 5. 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
 6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.
- ② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
 1. 개인정보의 수집·이용 목적
 2. 수집하려는 개인정보의 항목
 3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
 4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는

지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다.

제17조(개인정보의 제공)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.
 1. 정보주체의 동의를 받은 경우
 2. 제15조제1항제2호·제3호·제5호 및 제39조의3제2항제2호·제3호에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우
- ② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
 1. 개인정보를 제공받는 자
 2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
 3. 제공하는 개인정보의 항목
 4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
 5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ③ 개인정보처리자가 개인정보를 국외의 제3자에게 제공할 때에는 제2항 각 호에 따른 사항을 정보주체에게 알리고 동의를 받아야 하며, 이 법을 위반하는 내용으로 개인정보의 국외 이전에 관한 계약을 체결하여서는 아니 된다.
- ④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다.

제22조(동의를 받는 방법)

- ① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제6항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 각각 동의를 받아야 한다.
- ② 개인정보처리자는 제1항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 포함한다)으로 받을 때에는 개인정보의 수집·이용 목적, 수집·이용하려는 개인정보의 항목 등 대통령령으로 정하는 중요한 내용을 보호위원회가 고시로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다.
- ③ 개인정보처리자는 제15조제1항제1호, 제17조제1항제1호, 제23조제1항제1호 및 제24조제1항제1호에 따라 개인정보의 처리에 대하여 정보주체의 동의를 받을 때에는 정보주체와의 계약 체결 등을 위하여 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보와 정보주체의 동의가 필요한 개인정보를 구분하여야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.
- ④ 개인정보처리자는 정보주체에게 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다.
- ⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 제3항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제4항 및 제18조제2항제1호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.
- ⑥ 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 그 법정대리인의 동의를 받아야 한다. 이 경우 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 최소한의 정보는 법정대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있다.

- ⑦ 제1항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법 및 제6항에 따른 최소한의 정보의 내용에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집·매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제23조(민감정보의 처리 제한)

- ① 개인정보처리자는 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "민감정보"라 한다)를 처리하여서는 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.
 1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
 2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우
- ② 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 제29조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

제24조(고유식별정보의 처리 제한)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "고유식별정보"라 한다)를 처리할 수 없다.
 1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
 2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우
- ② 삭제
- ③ 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.
- ④ 보호위원회는 처리하는 개인정보의 종류·규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제3항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다.
- ⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제4항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다.

제24조의2(주민등록번호 처리의 제한)

- ① 제24조제1항에도 불구하고 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 주민등록번호를 처리할 수 없다.
 1. 법률·대통령령·국회규칙·대법원규칙·헌법재판소규칙·중앙선거관리위원회규칙 및 감사원규칙에서 구체적으로 주민등록번호의 처리를 요구하거나 허용한 경우
 2. 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 명백히 필요하다고 인정되는 경우
 3. 제1호 및 제2호에 준하여 주민등록번호 처리가 불가피한 경우로서 보호위원회가 고시로 정하는 경우
- ② 개인정보처리자는 제24조제3항에도 불구하고 주민등록번호가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 암호화 조치를 통하여 안전하게 보관하여야 한다. 이 경우 암호화 적용 대상 및 대상별 적용 시기 등에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 처리 규모와 유출 시 영향 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.
- ③ 개인정보처리자는 제1항 각 호에 따라 주민등록번호를 처리하는 경우에도 정보주체가 인터넷 홈페이지

이지를 통하여 회원으로 가입하는 단계에서는 주민등록번호를 사용하지 아니하고도 회원으로 가입할 수 있는 방법을 제공하여야 한다.

- ④ 보호위원회는 개인정보처리자가 제3항에 따른 방법을 제공할 수 있도록 관계 법령의 정비, 계획의 수립, 필요한 시설 및 시스템의 구축 등 제반 조치를 마련·지원할 수 있다.

○ 고등교육법

제4조(학교의 설립 등)

- ① 학교를 설립하려는 자는 시설·설비 등 대통령령으로 정하는 설립기준을 갖추어야 한다.
- ② 국가 외의 자가 학교를 설립하려는 경우에는 교육부장관의 인가를 받아야 한다.
- ③ 공립학교나 사립학교의 설립자·경영자가 학교를 폐지하거나 대통령령으로 정하는 중요 사항을 변경하려는 경우에는 교육부장관의 인가를 받아야 한다.

○ 관공서의 공휴일에 관한 규정

제2조(공휴일)

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 석제
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일)
- 10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

- ① 제2조제4호 또는 제9호에 따른 공휴일이 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조제4호 또는 제9호에 따른 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일을 공휴일로 한다.
- ② 제2조제7호에 따른 공휴일이 토요일이나 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조제7호에 따른 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

○ 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률

제6조(등록 및 결정)

- ① 국가유공자, 그 유족 또는 가족이 되려는 사람(이하 이 조에서 "신청 대상자"라 한다)은 대통령령으

로 정하는 바에 따라 국가보훈처장에게 등록을 신청하여야 한다. 다만, 신청 대상자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈처 소속 공무원이 신청 대상자의 동의를 받아 등록을 신청할 수 있고, 그 동의를 받은 경우에는 신청 대상자가 등록을 신청한 것으로 본다.

1. 「국가보훈 기본법」 제23조제1항제3호의2에 따라 발굴된 희생·공헌자의 경우
2. 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 상이를 입거나 사망한 경우
3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 직접 등록을 신청할 수 없는 경우
- ② 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」 제4조제1항에 따라 등록을 신청하는 사람에 대하여는 그 등록신청을 한 날에 제1항에 따른 등록을 신청한 것으로 본다.
- ③ 국가보훈처장은 제1항에 따른 등록신청을 받으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 제4조 또는 제5조에 따른 요건을 확인한 후 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는지를 결정한다. 이 경우 제4조제1항제3호부터 제6호까지, 제8호, 제14호 및 제15호의 국가유공자(이하 "전몰군경등"이라 한다)가 되기 위하여 등록을 신청하는 경우에는 그 소속하였던 기관의 장에게 그 요건과 관련된 사실의 확인을 요청하여야 하며, 그 소속하였던 기관의 장은 관련 사실을 조사한 후 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 요건과 관련된 사실을 확인하여 국가보훈처장에게 통보하여야 한다.
- ④ 국가보훈처장은 제3항 전단에 따라 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는 사람으로 결정할 때에는 제74조의5에 따른 보훈심사위원회(이하 "보훈심사위원회"라 한다)의 심의·의결을 거쳐야 한다. 다만, 국가유공자, 그 유족 또는 가족의 요건이 객관적인 사실에 의하여 확인된 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거치지 아니할 수 있다.
- ⑤ 국가보훈처장은 제4조제1항 각 호(제1호, 제2호 및 제10호는 제외한다)의 어느 하나에 해당하는 적용 대상 국가유공자임에도 불구하고 신청 대상자가 없어 등록신청을 할 수 없는 사람에 대해서는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거쳐 국가유공자로 기록하고 예우 및 관리를 할 수 있다.
- ⑥ 제1항부터 제4항까지의 규정은 다른 법률에서 이 법의 예우 등을 받도록 규정된 사람에 대하여도 적용한다.

○ 국민건강보험법

제41조(요양급여)

- ① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다.
 1. 진찰·검사
 2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
 3. 처치·수술 및 그밖의 치료
 4. 예방·재활
 5. 입원
 6. 간호
 7. 이송(移送)
- ② 제1항에 따른 요양급여(이하 "요양급여"라 한다)의 범위(이하 "요양급여대상"이라 한다)는 다음 각 호와 같다.
 1. 제1항 각 호의 요양급여(제1항제2호의 약제는 제외한다): 제4항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
 2. 제1항제2호의 약제: 제41조의3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것
- ③ 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.
- ④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)으로 정할 수 있다.

제41조의2(약제에 대한 요양급여비용 상한금액의 감액 등)

- ① 보건복지부장관은 「약사법」 제47조제2항의 위반과 관련된 제41조제1항제2호의 약제에 대하여는 요양급여비용 상한금액(제41조제3항에 따라 약제별 요양급여비용의 상한으로 정한 금액을 말한다. 이하 같다)의 100분의 20을 넘지 아니하는 범위에서 그 금액의 일부를 감액할 수 있다
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따라 요양급여비용의 상한금액이 감액된 약제가 감액된 날부터 5년의 범위에서 대통령령으로 정하는 기간 내에 다시 제1항에 따른 감액의 대상이 된 경우에는 요양급여비용 상한금액의 100분의 40을 넘지 아니하는 범위에서 요양급여비용 상한금액의 일부를 감액할 수 있다
- ③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 요양급여비용의 상한금액이 감액된 약제가 감액된 날부터 5년의 범위에서 대통령령으로 정하는 기간 내에 다시 「약사법」 제47조제2항의 위반과 관련된 경우에는 해당 약제에 대하여 1년의 범위에서 기간을 정하여 요양급여의 적용을 정지할 수 있다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 요양급여비용 상한금액의 감액 및 요양급여 적용 정지의 기준, 절차, 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제42조(요양기관)

- ① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.
 1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
 2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
 3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국희귀·필수의약품센터
 4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
 5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소
- ② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.
(이하 생략)

○ 국민건강보험법 시행령

[별표 3] 본인부담상한액의 산정방법

1. 본인부담상한액은 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준(이하 "상한액기준보험료"라 한다)에 따라 그 금액을 달리한다. 이 경우 상한액기준보험료의 구체적인 산정 기준·방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.
2. 가입자 또는 피부양자의 본인부담상한액은 나목에 따른 상한액기준보험료의 구간별로 가목의 산정방법에 따라 산정한다.
 - 가. 본인부담상한액 산정 방법
 - 1) 계산식
해당 연도 본인부담상한액 = 전년도 본인부담상한액 × (1 + 전국소비자물가변동률)
 - 2) 전국소비자물가변동률은 「통계법」 제3조에 따라 통계청장이 매년 고시하는 전전년도와 대비한 전년도 전국소비자물가변동률을 적용하되, 그 전국소비자물가변동률이 100분의 5를 넘는 경우에는 100분의 5를 적용한다.
 - 3) 1)의 계산식에 따라 해당 연도 본인부담상한액을 산정한 경우에 1만원 미만의 금액은 버린다.

나. 본인부담상한액 산정 단위 상한액기준보험료의 구간

1) 지역가입자인 경우

- 가) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 나) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 다) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 라) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 마) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 바) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 사) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

2) 직장가입자 또는 피부양자인 경우

- 가) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 나) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 다) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 라) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 마) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 바) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 사) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

○ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

제9조 (비급여대상)

- ① 법 제 41 조제 4 항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별 표 2 와 같다

[별표 2] 비급여대상

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
 - 라. 단순 코골음
 - 마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
 - 바. 검열반 등 안과질환
 - 사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환(이하 생략)

○ 결핵예방법

제21조(대한결핵협회)

- ① 결핵에 관한 조사·연구와 예방 및 퇴치사업을 수행하기 위하여 대한결핵협회(이하 "협회"라 한다)를 둔다.
- ② 협회는 법인으로 한다.
- ③ 제1항에 따른 대한결핵협회가 아닌 자는 대한결핵협회 또는 이와 유사한 명칭을 사용하지 못한다.
- ④ 협회에 관하여는 이 법에 규정된 것을 제외하고는 「민법」 중 사단법인에 관한 규정을 준용한다.

○ 금융소비자 보호에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. ~ 8. (생략)
9. "전문금융소비자"란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 "금융상품판매업자등"이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.
 - 가. 국가
 - 나. 「한국은행법」에 따른 한국은행
 - 다. 대통령령으로 정하는 금융회사
 - 라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)
 - 마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자
10. "일반금융소비자"란 전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말한다.

제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)

조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 충족하는 분쟁사건(이하 "소액분쟁사건"이라 한다)에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 제36조제6항에 따라 조정안을 제시받기 전에는 소를 제기할 수 없다. 다만, 제36조제3항에 따라 서면통지를 받거나 제36조제5항에서 정한 기간 내에 조정안을 제시받지 못한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 일반금융소비자가 신청한 사건일 것
2. 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 금액이 2천만원 이내에서 대통령령으로 정하는 금액 이하일 것

제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

○ 노인장기요양보험법

제15조(등급판정 등)

- ① 공단은 제14조에 따른 조사가 완료된 때 조사결과서, 신청서, 의사소견서, 그 밖에 심의에 필요한 자료를 등급판정위원회에 제출하여야 한다.
- ② 등급판정위원회는 신청인이 제12조의 신청자격요건을 충족하고 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정하는 경우 심신상태 및 장기요양이 필요한 정도 등 대통령령으로 정하는 등급판정기준에 따라 수급자로 판정한다.
- ③ 등급판정위원회는 제2항에 따라 심의·판정을 하는 때 신청인과 그 가족, 의사소견서를 발급한 의사 등 관계인의 의견을 들을 수 있다.
- ④ 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것으로 의심되는 경우에는 제14조제1항 각 호의 사항을 조사하여 그 결과를 등급판정위원회에 제출하여야 한다.
 1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양인정을 받은 경우
 2. 고의로 사고를 발생하도록 하거나 본인의 위법행위에 기인하여 장기요양인정을 받은 경우
- ⑤ 등급판정위원회는 제4항에 따라 제출된 조사 결과를 토대로 제2항에 따라 다시 수급자 등급을 조정하고 수급자 여부를 판정할 수 있다.

제23조(장기요양급여의 종류)

① 이 법에 따른 장기요양급여의 종류는 다음 각 호와 같다.

1. 재가급여

- 가. 방문요양 : 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여
- 나. 방문목욕 : 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여
- 다. 방문간호 : 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 "방문간호지시서"라 한다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여
- 라. 주·야간보호 : 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
- 마. 단기보호 : 수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
- 바. 기타재가급여 : 수급자의 일상생활·신체활동 지원 및 인지기능의 유지·향상에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것

(이하 생략)

제29조(장기요양급여의 제한)

- ① 공단은 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제15조제4항에 따른 조사나 제60조 또는 제61조에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다.
- ② 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 장기요양기관이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양급여비용을 받는 데에 가담한 경우 장기요양급여를 중단하거나 1년의 범위에서 장기요양급여의 횟수 또는 제공 기간을 제한할 수 있다.
- ③ 제2항에 따른 장기요양급여의 중단 및 제한 기준과 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다

○ 노인장기요양보험법 시행령

제2조(노인성 질병)

「노인장기요양보험법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "대통령령으로 정하는 노인성 질병"이란 별표 1에 따른 질병을 말한다.

○ 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법

제15조(보건진료소의 설치·운영)

- ① 시장[도농복합형태(都農複合形態)의 시의 시장을 말하며, 읍·면 지역에서 보건진료소를 설치·운영하는 경우만 해당한다] 또는 군수는 보건의료 취약지역의 주민에게 보건의료를 제공하기 위하여 보건진료소를 설치·운영한다. 다만, 시·구의 관할구역의 도서지역에는 해당 시장·구청장이 보건진료소

를 설치·운영할 수 있으며, 군 지역에 있는 보건진료소의 행정구역이 행정구역의 변경 등으로 시 또는 구 지역으로 편입된 경우에는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 해당 시장 또는 구청장이 보건진료소를 계속 운영할 수 있다.

- ② 보건진료소에 보건진료소장 1명과 필요한 직원을 두되, 보건진료소장은 보건진료 전담공무원으로 보한다.
- ③ 보건진료소의 설치기준은 보건복지부령으로 정한다.

○ 도로교통법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. ~ 16. (생략)

17. "차마"란 다음 각 목의 차와 우마를 말한다.

가. "차"란 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.

- 1) 자동차
- 2) 건설기계
- 3) 원동기장치자전거
- 4) 자전거
- 5) 사람 또는 가축의 힘이나 그 밖의 동력(動力)으로 도로에서 운전되는 것. 다만, 철길이나 가설(架設)된 선을 이용하여 운전되는 것, 유모차와 행정안전부령으로 정하는 보행보조용 의자차는 제외한다.

나. "우마"란 교통이나 운수(運輸)에 사용되는 가축을 말한다.

18. "자동차"란 철길이나 가설된 선을 이용하지 아니하고 원동기를 사용하여 운전되는 차(건인되는 자동차도 자동차의 일부로 본다)로서 다음 각 목의 차를 말한다.

가. 「자동차관리법」 제3조에 따른 다음의 자동차. 다만, 원동기장치자전거는 제외한다.

- 1) 승용자동차
- 2) 승합자동차
- 3) 화물자동차
- 4) 특수자동차
- 5) 이륜자동차

나. 「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계

19. "원동기장치자전거"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 차를 말한다.

가. 「자동차관리법」 제3조에 따른 이륜자동차 가운데 배기량 125cc 이하(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11킬로와트 이하)의 이륜자동차

나. 그 밖에 배기량 125cc 이하(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11킬로와트 이하)의 원동기를 단 차(「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제2조제1호의2에 따른 전기자전거는 제외한다)

19의2. "개인형 이동장치"란 제19호나목의 원동기장치자전거 중 시속 25킬로미터 이상으로 운행할 경우 전동기가 작동하지 아니하고 차체 중량이 30킬로그램 미만인 것으로서 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다.

(이하 생략)

○ 독점규제 및 공정거래에 관한 법률 시행령

제21조(공시대상기업집단 및 상호출자제한기업집단의 지정 등)

- ① 공시대상기업집단은 해당 기업집단에 속하는 국내 회사들의 공시대상기업집단 지정 직전사업연도의 대차대조표상의 자산총액(금융업 또는 보험업을 영위하는 회사의 경우에는 자본총액 또는 자본금 중 큰 금액으로 하며, 새로 설립된 회사로서 직전사업연도의 대차대조표가 없는 경우에는 지정일 현재의 납입자본금으로 한다. 이하 이 조에서 같다)의 합계액이 5조원 이상인 기업집단으로 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 기업집단은 공시대상기업집단에서 제외한다.
 1. 금융업 또는 보험업만을 영위하는 기업집단
 2. 금융업 또는 보험업을 영위하는 회사가 동일인인 경우의 기업집단
 3. 해당 기업집단에 속하는 회사 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 회사의 자산총액의 합계액이 기업집단 전체 자산총액의 100분의 50 이상인 기업집단. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 회사를 제외한 회사의 자산총액의 합계액이 5조원 이상인 기업집단은 제외한다.
 - 가. 「채무자 회생 및 파산에 관한 법률」에 따른 회생절차의 개시가 결정되어 그 절차가 진행 중인 회사
 - 나. 「기업구조조정 촉진법」에 따른 관리절차의 개시가 결정되어 그 절차가 진행 중인 회사
 4. 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제4조에 따른 공공기관, 「지방공기업법」 제2조제1항에 따른 지방직영기업, 지방공사 또는 지방공단이 동일인인 기업집단
- ② 상호출자제한기업집단의 범위에 관하여는 제1항을 준용한다. 이 경우 제1항 각 호 외의 부분 본문 및 단서 중 "공시대상기업집단"은 각각 "상호출자제한기업집단"으로, 제1항 각 호 외의 부분 본문 및 같은 항 제3호 중 "5조원"은 각각 "10조원"으로 본다.
- ③ 공정거래위원회는 3년마다 국민경제 규모의 변화, 상호출자제한기업집단으로 지정된 기업집단의 자산총액 변화, 상호출자제한기업집단으로 지정된 기업집단 간 자산총액 차이 등을 고려하여 제2항에 따른 자산총액 합계액의 타당성을 검토한 후 자산총액 합계액의 조정 등 필요한 조치를 할 수 있다.
- ④ 공정거래위원회는 법 제14조제1항 전단에 따라 매년 5월 1일(부득이한 경우에는 5월 15일)까지 제1항 또는 제2항의 기준에 새로 해당하는 기업집단을 공시대상기업집단 또는 상호출자제한기업집단으로 지정하여야 하고, 공시대상기업집단 또는 상호출자제한기업집단으로 지정된 기업집단이 제1항 또는 제2항의 기준에 해당하지 아니하게 되는 경우에는 공시대상기업집단 또는 상호출자제한기업집단에서 제외하여야 한다.

○ 민법

제27조(실종의 선고)

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

제157조(기간의 기산점)

기간을 일, 주, 월 또는 연으로 정한 때에는 기간의 초일은 산입하지 아니한다. 그러나 그 기간이 오전 영시로부터 시작한 때에는 그러하지 아니하다.

【 기간 산정의 방법 설명 】

약관에서 별도로 기간 산정방식을 명기하지 않은 경우에는 민법 제 157조(기간의 기산점)에서 정한 방식에 따라 기간을 산정합니다.

○ 보건환경연구원법

제2조(설치)

- ① 보건환경연구원(이하 "연구원"이라 한다)은 특별시·광역시·도 및 특별자치도에 설치한다.
- ② 연구원의 설치에 필요한 사항은 해당 지방자치단체의 조례로 정한다.

○ 보험업감독규정

제1-2조(정의)

이 규정에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. ~ 3. (생략)
4. "저축성보험"이란 보장성보험을 제외한 보험으로서 생존시 지급되는 보험금의 합계액이 이미 납입한 보험료를 초과하는 보험을 말한다.
(이하 생략)

제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)

영 제6조의2제3항제18호에서 "금융위원회가 정하여 고시하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.

1. 제7-49조제2호 각 목의 요건을 충족하는 단체보험계약을 체결하고자 하는 자
2. 기업성 보험계약을 체결하고자 하는 자
3. 「근로자퇴직급여 보장법」에 따른 퇴직연금계약을 체결하고자 하는 자

○ 보험업법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

(중략)

19. "전문보험계약자"란 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문보험계약자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반보험계약자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 보험회사에 서면으로 통지하는 경우 보험회사는 정당한 사유가 없으면 이에 동의하여야 하며, 보험회사가 동의한 경우에는 해당 보험계약자는 일반보험계약자로 본다.

가. 국가

나. 한국은행

다. 대통령령으로 정하는 금융기관

라. 주권상장법인

마. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자

(이하 생략)

제108조(특별계정의 설정·운용)

- ① 보험회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라

그 준비금에 상당하는 자산의 전부 또는 일부를 그 밖의 자산과 구별하여 이용하기 위한 계정(이하 "특별계정"이라 한다)을 각각 설정하여 운용할 수 있다.

1. 「소득세법」 제20조의3제1항제2호 각 목 외의 부분에 따른 연금저축계좌를 설정하는 계약
2. 「근로자퇴직급여 보장법」 제29조제2항에 따른 보험계약 및 법률 제10967호 근로자퇴직급여 보장법 전부개정법률 부칙 제2조제1항에 본문에 따른 퇴직보험계약
3. 변액보험계약(보험금이 자산운용의 성과에 따라 변동하는 보험계약을 말한다)
4. 그 밖에 금융위원회가 필요하다고 인정하는 보험계약
- ② 보험회사는 특별계정에 속하는 자산은 다른 특별계정에 속하는 자산 및 그 밖의 자산과 구분하여 회계처리하여야 한다.
- ③ 보험회사는 특별계정에 속하는 이익을 그 계정상의 보험계약자에게 분배할 수 있다.
- ④ 특별계정에 속하는 자산의 운용방법 및 평가, 이익의 분배, 자산운용실적의 비교·공시, 운용전문인력의 확보, 의결권 행사의 제한 등 보험계약자 보호에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

○ 보험업법 시행령

제6조의2(전문보험계약자의 범위 등)

- ① 법 제2조제19호 각 목 외의 부분 단서에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다.
 1. 지방자치단체
 2. 주권상장법인
 3. 제2항제15호에 해당하는 자
 4. 제3항제15호, 제16호 및 제18호에 해당하는 자
- ② 법 제2조제19호다목에서 "대통령령으로 정하는 금융기관"이란 다음 각 호의 금융기관을 말한다.
 1. 보험회사
 2. 「금융지주회사법」에 따른 금융지주회사
 3. 「농업협동조합법」에 따른 농업협동조합중앙회
 4. 「산림조합법」에 따른 산림조합중앙회
 5. 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행 및 그 중앙회
 6. 「새마을금고법」에 따른 새마을금고연합회
 7. 「수산업협동조합법」에 따른 수산업협동조합중앙회
 8. 「신용협동조합법」에 따른 신용협동조합중앙회
 9. 「여신전문금융업법」에 따른 여신전문금융회사
 10. 「은행법」에 따른 은행
 11. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 금융투자업자(같은 법 제22조에 따른 겸영금융투자업자는 제외한다), 증권금융회사, 종합금융회사 및 자금중개회사
 12. 「중소기업은행법」에 따른 중소기업은행
 13. 「한국산업은행법」에 따른 한국산업은행
 14. 「한국수출입은행법」에 따른 한국수출입은행
 15. 제1호부터 제14호까지의 기관에 준하는 외국금융기관
- ③ 법 제2조제19호마목에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다.
 1. 지방자치단체
 2. 법 제83조에 따라 모집을 할 수 있는 자
 3. 법 제175조에 따른 보험협회, 법 제176조에 따른 보험요율 산출기관 및 법 제178조에 따른 보험 관계 단체
 4. 「금융회사부실자산 등의 효율적 처리 및 한국자산관리공사의 설립에 관한 법률」에 따른 한국자산관리공사

5. 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」에 따른 금융감독원(이하 "금융감독원"이라 한다)
6. 「예금자보호법」에 따른 예금보험공사 및 정리금융회사
7. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 한국예탁결제원 및 같은 법 제373조의2에 따라 허가를 받은 거래소(이하 "거래소"라 한다)
8. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 집합투자기구. 다만, 금융위원회가 정하여 고시하는 집합투자기구는 제외한다.
9. 「한국주택금융공사법」에 따른 한국주택금융공사
10. 「한국투자공사법」에 따른 한국투자공사
11. 삭제
12. 「기술보증기금법」에 따른 기술보증기금
13. 「신용보증기금법」에 따른 신용보증기금
14. 법률에 따라 공제사업을 하는 법인
15. 법률에 따라 설립된 기금(제12호와 제13호에 따른 기금은 제외한다) 및 그 기금을 관리·운용하는 법인
16. 해외 증권시장에 상장된 주권을 발행한 국내법인
17. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 외국인
 - 가. 외국 정부
 - 나. 조약에 따라 설립된 국제기구
 - 다. 외국 중앙은행
 - 라. 제1호부터 제15호까지 및 제18호의 자에 준하는 외국인
18. 그 밖에 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 금융위원회가 정하여 고시하는 자

○ 산업재해보상보험법 시행규칙

제47조(운동기능장애의 측정)

- ① 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4와 같다.
- ② 운동기능장애의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표 4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다.
- ③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다.
 1. 강직, 오그라듐, 신경손상 등 운동기능장애의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
 2. 운동기능장애의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

○ 상법

제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

○ 상법 시행령

제44조의2(타인의 생명보험)

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 "전자서명"이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

○ 소득세법

제14조(과세표준의 계산)

① ~ ② (생략)

③ 다음 각 호에 따른 소득의 금액은 종합소득과세표준을 계산할 때 합산하지 아니한다.

1. 「조세특례제한법」 또는 이 법 제12조에 따라 과세되지 아니하는 소득
2. 대통령령으로 정하는 일용근로자(이하 "일용근로자"라 한다)의 근로소득
3. 제129조제2항의 세율에 따라 원천징수하는 이자소득 및 배당소득과 제16조제1항제10호에 따른 직장공제회 초과반환금
4. 법인으로 보는 단체 외의 단체 중 수익을 구성원에게 배분하지 아니하는 단체로서 단체명을 표기하여 금융거래를 하는 단체가 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제2조제1호 각 목의 어느 하나에 해당하는 금융회사등(이하 "금융회사등"이라 한다)으로부터 받는 이자소득 및 배당소득
5. 「조세특례제한법」에 따라 분리과세되는 소득
6. 제3호부터 제5호까지의 규정 외의 이자소득과 배당소득(제17조제1항제8호에 따른 배당소득은 제외한다)으로서 그 소득의 합계액이 2천만원(이하 "이자소득등의 종합과세기준금액"이라 한다) 이하이면서 제127조에 따라 원천징수된 소득
7. 해당 과세기간에 대통령령으로 정하는 총수입금액의 합계액이 2천만원 이하인 자의 주택임대소득(이하 "분리과세 주택임대소득"이라 한다). 이 경우 주택임대소득의 산정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
8. 다음 각 목에 해당하는 기타소득(이하 "분리과세기타소득"이라 한다) 다만, 가목의 소득이 있는 거주자가 종합소득과세표준을 계산할 때 해당 소득을 합산하려는 경우 해당 소득은 제외한다.
 - 가. 제21조제1항제1호부터 제8호까지, 제8호의2, 제9호부터 제20호까지, 제22호, 제22호의2 및 제26호에 따른 기타소득(라목 및 마목의 소득은 제외한다)으로서 같은 조 제3항에 따른 기타소득금액이 300만원 이하이면서 제127조에 따라 원천징수(제127조제1항제6호나목에 따른 소득으로 원천징수되지 않는 소득을 포함한다)된 소득. 다만, 해당 소득이 있는 거주자가 종합소득과세표준을 계산할 때 그 소득을 합산하려는 경우 그 소득은 분리과세기타소득에서 제외한다.
 - 나. 제21조제1항제21호에 따른 연금외수령한 기타소득

- 다. 제21조제1항제27호 및 같은 조 제2항에 따른 기타소득
- 라. 제21조제1항제2호에 따른 기타소득 중 「복권 및 복권기금법」 제2조에 따른 복권 당첨금
- 마. 그 밖에 제21조제1항에 따른 기타소득 중 라목과 유사한 소득으로서 대통령령으로 정하는 기타소득
- 9. 제20조의3제1항제2호 및 제3호에 따른 연금소득 중 다음 각 목에 해당하는 연금소득(다목의 소득이 있는 거주자가 종합소득 과세표준을 계산할 때 이를 합산하려는 경우는 제외하며, 이하 "분리과세연금소득"이라 한다)
 - 가. 제20조의3제1항제2호가목에 따라 퇴직소득을 연금수령하는 연금소득
 - 나. 제20조의3제1항제2호나목 및 다목의 금액을 의료목적, 천재지변이나 그 밖에 부득이한 사유 등 대통령령으로 정하는 요건을 갖추어 인출하는 연금소득
 - 다. 가목 및 나목 외의 연금소득의 합계액이 연 1천200만원 이하인 경우 그 연금소득
- 10. 삭제
- (이하 생략)

제20조의3(연금소득)

- ① 연금소득은 해당 과세기간에 발생한 다음 각 호의 소득으로 한다.
 - 1. 공적연금 관련법에 따라 받는 각종 연금(이하 "공적연금소득"이라 한다)
 - 2. 다음 각 목에 해당하는 금액을 그 소득의 성격에도 불구하고 연금계좌["연금저축"의 명칭으로 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌(이하 "연금저축계좌"라 한다) 또는 퇴직연금을 지급받기 위하여 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌(이하 "퇴직연금계좌"라 한다)를 말한다. 이하 같다]에서 대통령령으로 정하는 연금형태 등으로 인출(이하 "연금수령"이라 하며, 연금수령 외의 인출은 "연금외수령"이라 한다)하는 경우의 그 연금
 - 가. 제146조제2항에 따라 원천징수되지 아니한 퇴직소득
 - 나. 제59조의3제1항에 따라 세액공제를 받은 연금계좌 납입액
 - 다. 연금계좌의 운용실적에 따라 증가된 금액
 - 라. 그 밖에 연금계좌에 이체 또는 입금되어 해당 금액에 대한 소득세가 이연(移延)된 소득으로서 대통령령으로 정하는 소득
 - 3. 제2호에 따른 소득과 유사하고 연금 형태로 받는 것으로서 대통령령으로 정하는 소득
- ② 공적연금소득은 2002년 1월 1일 이후에 납입된 연금 기여금 및 사용자 부담금(국가 또는 지방자치단체의 부담금을 포함한다. 이하 같다)을 기초로 하거나 2002년 1월 1일 이후 근로의 제공을 기초로 하여 받는 연금소득으로 한다.
- ③ 연금소득금액은 제1항 각 호에 따른 소득의 금액의 합계액(제2항에 따라 연금소득에서 제외되는 소득과 비과세소득의 금액은 제외하며, 이하 "총연금액"이라 한다)에서 제47조의2에 따른 연금소득 공제를 적용한 금액으로 한다.
- ④ 연금소득의 범위 및 계산방법과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제21조(기타소득)

- ① 기타소득은 이자소득·배당소득·사업소득·근로소득·연금소득·퇴직소득·금융투자소득 및 양도소득 외의 소득으로서 다음 각 호에서 규정하는 것으로 한다.
 - 1. ~ 20. (생략)
 - 21. 제20조의3제1항제2호나목 및 다목의 금액을 그 소득의 성격에도 불구하고 연금외수령한 소득
- (이하 생략)

제44조(상속의 경우의 소득금액의 구분 계산)

- ① 피상속인의 소득금액에 대한 소득세로서 상속인에게 과세할 것과 상속인의 소득금액에 대한 소득세는 구분하여 계산하여야 한다.

- ② 연금계좌의 가입자가 사망하였으나 그 배우자가 연금외수령 없이 해당 연금계좌를 상속으로 승계하는 경우에는 제1항에도 불구하고 해당 연금계좌에 있는 피상속인의 소득금액은 상속인의 소득금액으로 보아 소득세를 계산한다.
- ③ 제2항에 따른 연금계좌의 승계방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제47조의2(연금소득공제)

- ① 연금소득이 있는 거주자에 대해서는 해당 과세기간에 받은 총연금액(분리과세연금소득은 제외하며, 이하 이 항에서 같다)에서 다음 표에 규정된 금액을 공제한다. 다만, 공제액이 900만원을 초과하는 경우에는 900만원을 공제한다.

총연금액	공제액
350만원 이하	총연금액
350만원 초과 700만원 이하	350만원+(350만원을 초과하는 금액의 100분의 40)
700만원 초과 1400만원 이하	490만원+(700만원을 초과하는 금액의 100분의 20)
1400만원 초과	630만원+(1400만원을 초과하는 금액의 100분의 10)

- ② 제1항에 따른 공제를 "연금소득공제"라 한다.

제51조의3(연금보험료공제)

- ① 종합소득이 있는 거주자가 공적연금 관련법에 따른 기여금 또는 개인부담금(이하 "연금보험료"라 한다)을 납입한 경우에는 해당 과세기간의 종합소득금액에서 그 과세기간에 납입한 연금보험료를 공제한다.
 1. 삭제
 2. 삭제
- ② 제1항에 따른 공제를 "연금보험료공제"라 한다.
- ③ 다음 각 호에 해당하는 공제를 모두 합한 금액이 종합소득금액을 초과하는 경우 그 초과하는 금액을 한도로 연금보험료공제를 받지 아니한 것으로 본다.
 1. 제51조제3항에 따른 인적공제
 2. 이 조에 따른 연금보험료공제
 3. 제51조의4에 따른 주택담보노후연금 이자비용공제
 4. 제52조에 따른 특별소득공제
 5. 「조세특례제한법」에 따른 소득공제
- ⑤ 삭제

제59조의3(연금계좌세액공제)

- ① 종합소득이 있는 거주자가 연금계좌에 납입한 금액 중 다음 각 호에 해당하는 금액을 제외한 금액(이하 "연금계좌 납입액"이라 한다)의 100분의 12[해당 과세기간에 종합소득과세표준을 계산할 때 합산하는 종합소득금액이 4천만원 이하(근로소득만 있는 경우에는 총급여액 5천 500만원 이하)인 거주자에 대해서는 100분의 15]에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 연금계좌 중 연금저축계좌에 납입한 금액이 연 400만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하고, 연금저축계좌에 납입한 금액 중 400만원 이내의 금액과 퇴직연금계좌에 납입한 금액을 합한 금액이 연 700만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하되, 해당 과세기간에 종합소득과세표준을 계산할 때 합산하는 종합소득금액이 1억원 초과(근로소득만 있는 경우에는 총급여액 1억2천만원 초과)인 거주자에 대해서는 연금계좌 중 연금저축계좌에 납입한 금액이 연 300만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하고, 연금저축계좌에 납입한 금액 중 300만원 이내의 금액과 퇴직연금계좌에 납입한 금액을 합한 금액이 연 700만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 한다.

1. 제146조제2항에 따라 소득세가 원천징수되지 아니한 퇴직소득 등 과세가 이연된 소득
 2. 연금계좌에서 다른 연금계좌로 계약을 이전함으로써 납입되는 금액
- ② 제1항에 따른 공제를 "연금계좌세액공제"라 한다.
- ③ 「조세특례제한법」 제91조의18에 따른 개인종합자산관리계좌의 계약기간이 만료되고 해당 계좌 잔액의 전부 또는 일부를 대통령령으로 정하는 방법으로 연금계좌로 납입한 경우 그 납입한 금액(이하 이 조에서 "전환금액"이라 한다)을 납입한 날이 속하는 과세기간의 연금계좌 납입액에 포함한다.
- ④ 전환금액이 있는 경우에는 제1항 각 호 외의 부분 단서에도 불구하고 같은 항을 적용할 때 전환금액의 100분의 10 또는 300만원(직전 과세기간과 해당 과세기간에 걸쳐 납입한 경우에는 300만원에서 직전 과세기간에 적용된 금액을 차감한 금액으로 한다) 중 적은 금액과 제1항 각 호 외의 부분 단서에 따라 연금계좌에 납입한 금액으로 하는 금액을 합한 금액을 초과하는 금액은 없는 것으로 한다.
- ⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에 따른 연금계좌세액공제의 계산방법, 신청 절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제59조의4(특별세액공제)

- ① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.
1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
 2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

○ 소득세법시행령

제20조의2(의료 목적 또는 부득이한 인출의 요건 등)

- ① 법 제14조제3항제9호나목에서 "의료목적, 천재지변이나 그 밖에 부득이한 사유 등 대통령령으로 정하는 요건을 갖추어 인출하는 연금소득"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여 법 제20조의3 제1항제2호에 따른 연금계좌(이하 "연금계좌"라 한다)에서 인출하는 금액을 말한다.
1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사유가 발생하여 연금계좌에서 인출하려는 사람이 해당 사유가 확인된 날부터 6개월 이내에 그 사유를 확인할 수 있는 서류를 갖추어 연금계좌를 취급하는 금융회사 등(이하 "연금계좌취급자"라 한다)에게 제출하는 경우
 - 가. 천재지변
 - 나. 연금계좌 가입자의 사망 또는 해외이주
 - 다. 연금계좌 가입자 또는 그 부양가족[법 제50조에 따른 기본공제대상이 되는 사람(소득의 제한은 받지 아니한다)으로 한정한다]이 질병·부상에 따라 3개월 이상의 요양이 필요한 경우
 - 라. 연금계좌 가입자가 「채무자 회생 및 파산에 관한 법률」에 따른 파산의 선고 또는 개인회생 절차개시의 결정을 받은 경우
 - 마. 연금계좌취급자의 영업정지, 영업 인·허가의 취소, 해산결의 또는 파산선고
 2. 제40조의2제3항제1호 및 제2호를 충족한 연금계좌 가입자가 제118조의5제1항 및 제2항에 따른 의료비(본인을 위한 의료비에 한정한다)를 연금계좌에서 인출하기 위하여 해당 의료비를 지급한 날부터 6개월 이내에 기획재정부령으로 정하는 증명서류를 연금계좌취급자에게 제출하는 경우

- ② 제1항제1호다목에 따라 인출하는 금액은 제118조의5제1항 및 제2항에 따른 의료비, 간병인 비용, 보건복지부 장관이 고시하는 최저생계비 등을 고려하여 기획재정부령으로 정하는 금액 이내의 금액으로 한정한다.
- ③ 제1항제2호에 따라 의료비를 인출하는 경우에는 1명당 하나의 연금계좌만 의료비연금계좌로 지정(해당 연금계좌의 연금계좌취급자가 지정에 동의하는 경우에 한정한다)하여 인출할 수 있다.
- ④ 연금계좌취급자는 제1항제1호 및 제2호에 따라 제출받은 증명서류를 해당 인출에 대한 원천징수세액 납부기한의 다음 날부터 5년간 보관하여야 한다.
- ⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에서 정한 사항 외에 연금계좌 인출의 절차 등에 필요한 사항은 기획재정부령으로 정한다.

제40조의2(연금계좌 등)

- ① 법 제20조의3제1항제2호 각 목 외의 부분에서 ""연금저축"의 명칭으로 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌"란 제1호에 해당하는 계좌를 말하고, "퇴직연금을 지급받기 위하여 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌"란 제2호에 해당하는 계좌를 말한다.
 - 1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금융회사 등과 체결한 계약에 따라 "연금저축"이라는 명칭으로 설정하는 계좌(이하 "연금저축계좌"라 한다)
 - 가. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제12조에 따라 인가를 받은 신탁업자와 체결하는 신탁계약
 - 나. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제12조에 따라 인가를 받은 투자중개업자와 체결하는 집합투자증권 중개계약
 - 다. 제25조제2항에 따른 보험계약을 취급하는 기관과 체결하는 보험계약
 - 2. 퇴직연금을 지급받기 위하여 가입하여 설정하는 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 계좌(이하 "퇴직연금계좌"라 한다)
 - 가. 「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제9호의 확정기여형퇴직연금제도에 따라 설정하는 계좌
 - 나. 「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제10호의 개인형퇴직연금제도에 따라 설정하는 계좌
 - 다. 「과학기술인공제회법」 제16조제1항에 따른 퇴직연금급여를 지급받기 위하여 설정하는 계좌
- ② 연금계좌의 가입자가 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 경우 법 제59조의3제1항에 따른 연금계좌 납입액(제118조의3에 따라 연금계좌에 납입한 것으로 보는 금액을 포함하며, 이하 "연금보험료"라 한다)으로 볼 수 있다.
 - 1. 다음 각 목의 금액을 합한 금액 이내(연금계좌가 2개 이상인 경우에는 그 합계액을 말한다)의 금액을 납입할 것. 이 경우 해당 과세기간 이전의 연금보험료는 납입할 수 없으나, 보험계약의 경우에는 최종납입일이 속하는 달의 말일부터 3년 2개월이 경과하기 전에는 그 동안의 연금보험료를 납입할 수 있다.
 - 가. 연간 1천800만원
 - 나. 법 제59조의3제3항에 따른 전환금액[「조세특례제한법」 제91조의18에 따른 개인종합 자산관리계좌(이하 "개인종합자산관리계좌"라 한다)의 계약기간 만료일 기준 잔액을 한도로 개인종합자산관리계좌에서 연금계좌로 납입한 금액을 말한다. 다만, 직전 과세기간과 해당 과세기간에 걸쳐 납입한 경우에는 개인종합자산관리계좌의 계약기간 만료일 기준 잔액에서 직전 과세기간에 납입한 금액을 차감한 금액을 한도로 개인종합자산관리계좌에서 연금계좌로 납입한 금액을 말한다]
 - 2. 연금수령 개시를 신청한 날(연금수령 개시일을 사전에 약정한 경우에는 약정에 따른 개시일을 말한다) 이후에는 연금보험료를 납입하지 않을 것
- ③ 법 제20조의3제1항제2호 각 목 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 연금형태 등으로 인출"이란 연금계좌에서 다음 각 호의 요건을 모두 갖추어 인출하거나 제20조의2제1항에 따라 인출(이하 "연금수령"이라 하며, 연금수령 외의 인출은 "연금외수령"이라 한다)하는 것을 말한다. 다만, 법 제20

조의3제1항제2호가목의 퇴직소득을 제20조의2제1항제1호나목에 따른 해외이주에 해당하는 사유로 인출하는 경우에는 해당 퇴직소득을 연금계좌에 입금한 날부터 3년 이후 해외이주하는 경우에 한정하여 연금수령으로 본다.

1. 가입자가 55세 이후 연금계좌취급자에게 연금수령 개시를 신청한 후 인출할 것
2. 연금계좌의 가입일부터 5년이 경과된 후에 인출할 것. 다만, 법 제20조의3제1항제2호가목에 따른 금액(퇴직소득이 연금계좌에서 직접 인출되는 경우를 포함하며, 이하 "이연퇴직소득"이라 한다)이 연금계좌에 있는 경우에는 그러하지 아니한다.
3. 과세기간 개시일(연금수령 개시를 신청한 날이 속하는 과세기간에는 연금수령 개시를 신청한 날로 한다) 현재 다음의 계산식에 따라 계산된 금액(이하 "연금수령한도"라 한다) 이내에서 인출할 것. 이 경우 제20조의2제1항에 따라 인출한 금액은 인출한 금액에 포함하지 아니한다.

$$\frac{\text{연금계좌의 평가액}}{(11 - \text{연금수령연차})} \times \frac{120}{100}$$

- ④ 제3항제3호의 계산식에서 "연금수령연차"란 최초로 연금수령할 수 있는 날이 속하는 과세기간을 기산연차로 하여 그 다음 과세기간을 누적 합산한 연차를 말하며, 연금수령연차가 11년 이상인 경우에는 그 계산식을 적용하지 아니한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우의 기산연차는 다음 각 호를 따른다.
 1. 2013년 3월 1일 전에 가입한 연금계좌[2013년 3월 1일 전에 「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제8호에 따른 확정급여형퇴직연금제도(이하 "확정급여형퇴직연금제도"라 한다)에 가입한 사람이 퇴직하여 퇴직소득 전액이 새로 설정된 연금계좌로 이체되는 경우를 포함한다]의 경우: 6년차
 2. 법 제44조제2항에 따라 연금계좌를 승계한 경우: 사망일 당시 피상속인의 연금수령연차
- ⑤ 연금계좌에서 연금수령한도를 초과하여 인출하는 금액은 연금외수령하는 것으로 본다.
- ⑥ 연금계좌 가입자가 연금수령개시 또는 연금계좌의 해지를 신청하는 경우 연금계좌취급자는 기획재정부령으로 정하는 연금수령개시 및 해지명세서를 다음 달 10일까지 관할 세무서장에게 제출하여야 한다.
- ⑦ ~ ⑪ (삭제)

제40조의3(연금계좌의 인출순서 등)

- ① 연금계좌에서 일부 금액이 인출되는 경우에는 다음 각 호의 금액이 순서에 따라 인출되는 것으로 본다.
 1. 법 제20조의3제1항제2호 각 목에 해당하지 아니하는 금액(이하 "과세제외금액"이라 한다)
 2. 이연퇴직소득
 3. 법 제20조의3제1항제2호나목부터 라목까지의 규정에 따른 금액
- ② 과세제외금액은 다음 각 호의 순서에 따라 인출되는 것으로 본다. 다만, 제3호는 제201조의10에 따라 확인되는 금액만 해당하며, 확인되는 날부터 과세제외금액으로 본다.
 1. 인출된 날이 속하는 과세기간에 해당 연금계좌에 납입한 연금보험료
 2. 해당 연금계좌만 있다고 가정할 때 해당 연금계좌에 납입된 연금보험료로서 법 제59조의3제1항 단서에 따른 연금계좌세액공제의 한도액(이하 이 조에서 "연금계좌세액공제 한도액"이라 한다)을 초과하는 금액이 있는 경우 그 초과하는 금액
 3. 제1호 및 제2호 외에 해당 연금계좌에 납입한 연금보험료 중 연금계좌세액공제를 받지 아니한 금액
- ③ 인출된 금액이 연금수령한도를 초과하는 경우에는 연금수령분이 먼저 인출되고 그 다음으로 연금외수령분이 인출되는 것으로 본다.
- ④ 연금계좌에 납입한 연금보험료 중 연금계좌세액공제 한도액 이내의 연금보험료는 납입일이 속하는 과세기간의 다음 과세기간 개시일(납입일이 속하는 과세기간에 연금수령 개시를 신청한 날이 속하는 경우에는 연금수령 개시를 신청한 날)부터 제1항제3호 중 법 제20조의3제1항제2호나목에 따른 세액공제를 받은 금액으로 본다.

- ⑤ 연금계좌의 운용에 따라 연금계좌에 있는 금액이 원금에 미달하는 경우 연금계좌에 있는 금액은 원금이 제1항에 따른 인출순서와 반대의 순서로 차감된 후의 금액으로 본다.

제40조의4(연금계좌의 이체)

- ① 연금계좌에 있는 금액이 연금수령이 개시되기 전의 다른 연금계좌로 이체되는 경우에는 이를 인출로 보지 아니한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니한다.
 - 1. 연금저축계좌와 퇴직연금계좌 상호 간에 이체되는 경우
 - 2. 2013년 3월 1일 이후에 가입한 연금계좌에 있는 금액이 2013년 3월 1일 전에 가입한 연금계좌로 이체되는 경우
 - 3. 퇴직연금계좌에 있는 일부 금액이 이체되는 경우
- ② 제1항 단서 및 같은 항 제1호에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 인출로 보지 아니한다.
 - 1. 제40조의2제3항제1호 및 제2호의 요건을 갖춘 연금저축계좌의 가입자가 제40조의2제1항제2호 나목에 해당하는 퇴직연금계좌로 전액을 이체(연금수령이 개시된 경우를 포함한다)하는 경우
 - 2. 제40조의2제3항제1호 및 제2호의 요건을 갖춘 퇴직연금계좌(제40조의2제1항제2호나목에 해당하는 경우에 한정한다)의 가입자가 연금저축계좌로 전액을 이체(연금수령이 개시된 경우를 포함한다)하는 경우
- ③ 제1항을 적용할 때 일부 금액이 이체(제1항제3호의 경우를 제외한다)되는 경우에는 제40조의3제1항 각 호의 순서에 따라 이체되는 것으로 본다.
- ④ 제1항 및 제2항을 적용할 때 연금계좌의 가입일 등은 이체받은 연금계좌를 기준으로 이 영을 적용한다. 다만, 연금계좌가 새로 설정되어 전액이 이체되는 경우에는 이체되기 전의 연금계좌를 기준으로 할 수 있다.
- ⑤ 연금계좌의 이체에 따라 연금계좌취급자가 변경되는 경우에는 이체하는 연금계좌취급자가 이체와 함께 기획재정부령으로 정하는 연금계좌이체명세서를 이체받는 연금계좌취급자에게 통보하여야 한다.

제100조의2(연금계좌의 승계 등)

- ① 법 제44조제2항에 따라 상속인이 연금계좌를 승계하는 경우 해당 연금계좌의 소득금액을 승계하는 날에 그 연금계좌에 가입한 것으로 본다. 다만, 제40조의2제3항제2호의 연금계좌의 가입일은 피상속인의 가입일로 하여 적용한다.
- ② 법 제44조제2항에 따라 연금계좌를 승계하려는 상속인은 피상속인이 사망한 날이 속하는 달의 말일부터 6개월 이내에 연금계좌취급자에게 승계신청을 하여야 한다. 이 경우 상속인은 피상속인이 사망한 날부터 연금계좌를 승계한 것으로 본다.
- ③ 제2항 전단에 따른 승계신청을 받은 연금계좌취급자는 사망일부터 승계신청일까지 인출된 금액에 대하여 이를 피상속인이 인출한 소득으로 보아 이미 원천징수된 세액과 상속인이 인출한 금액에 대한 세액과의 차액이 있으면 세액을 정산하여야 한다.
- ④ 연금계좌의 가입자가 사망하였으나 제2항 전단에 따른 승계신청을 하지 아니한 경우에는 사망일 현재 다음 각 호의 합계액을 인출하였다고 보아 계산한 세액에서 사망일부터 사망확인일(연금계좌취급자가 확인한 날을 말하며, 사망확인일이 승계신청기한 이전인 경우에는 신청기한의 말일로 하고, 상속인이 신청기한이 지나기 전에 인출하는 경우에는 인출하는 날을 말한다. 이하 이 항에서 같다)까지 이미 원천징수된 세액을 뺀 금액을 피상속인의 소득세로 한다.
 - 1. 사망일부터 사망확인일까지 인출한 소득
 - 2. 사망확인일 현재 연금계좌에 있는 소득

제107조(장애인의 범위)

- ① 법 제51조제1항제2호에 따른 장애인은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.

1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 삭제
4. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

○ 신문 등의 진흥에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "신문"이란 정치·경제·사회·문화·산업·과학·종교·교육·체육 등 전체 분야 또는 특정 분야에 관한 보도·논평·여론 및 정보 등을 전파하기 위하여 같은 명칭으로 월 2회 이상 발행하는 간행물로서 다음 각 목의 것을 말한다.
 - 가. 일반일간신문: 정치·경제·사회·문화 등에 관한 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매일 발행하는 간행물
 - 나. 특수일간신문: 산업·과학·종교·교육 또는 체육 등 특정 분야(정치를 제외한다)에 국한된 사향의 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매일 발행하는 간행물
- (이하 생략)

제9조(등록)

- ① 신문을 발행하거나 인터넷신문 또는 인터넷뉴스서비스를 전자적으로 발행하려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사향을 주사무소 소재지를 관할하는 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사 또는 특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다)에게 등록하여야 한다. 등록된 사향이 변경된 때에도 또한 같다. 다만, 국가 또는 지방자치단체가 발행 또는 관리하거나 법인이나 그 밖의 단체 또는 기관이 그 소속원에게 보급할 목적으로 발행하는 경우와 대통령령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.
 - 1.~ 8. (생략)
 9. 주된 보급대상 및 보급지역(신문에 한정한다)
- (이하 생략)

○ 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

- ① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다.
 1. 서면
 2. 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
 3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
 4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및

동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.

5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식
(이하 생략)

제33조(개인신용정보의 이용)

- ① 개인신용정보는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 이용하여야 한다.
 1. 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로 이용하는 경우
 2. 제1호의 목적 외의 다른 목적으로 이용하는 것에 대하여 신용정보주체로부터 동의를 받은 경우
 3. 개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한다)를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그 구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)
 4. 제32조제6항 각 호의 경우
 5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
- ② 신용정보회사등이 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집·조사하거나 제3자에게 제공하려면 미리 제32조제1항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

○ 약사법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "약사(藥事)"란 의약품·의약외품의 제조·조제·감정(鑑定)·보관·수입·판매[수여(授與)]를 포함한다. 이하 같다]
2. "약사(藥師)"란 한약에 관한 사항 외의 약사(藥事)에 관한 업무(한약제제에 관한 사항을 포함한다)를 담당하는 자로서, "한약사"란 한약과 한약제제에 관한 약사(藥事) 업무를 담당하는 자로서 각각 보건복지부장관의 면허를 받은 자를 말한다.
3. "약국"이란 약사나 한약사가 수여할 목적으로 의약품 조제 업무[약국제제(藥局製劑)]를 포함한다]를 하는 장소(그 개설자가 의약품 판매업을 겸하는 경우에는 그 판매업에 필요한 장소를 포함한다)를 말한다. 다만, 의료기관의 조제실은 예외로 한다.

(이하 생략)

○ 예금자보호법

제31조(보험금 등의 지급)

- ① 공사는 부보금융회사에 보험사고가 발생한 경우에는 그 부보금융회사의 예금자등의 청구에 의하여 보험금을 지급하여야 한다. 다만, 제1종 보험사고에 대해서는 제34조에 따른 보험금의 지급결정이 있어야 한다.
- ② 공사는 제1종 보험사고의 경우에는 예금자등의 청구에 의하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 예금자등의 예금등 채권의 일부를 미리 지급할 수 있다.
- ③ 공사는 대통령령으로 정하는 바에 따라 제1항 또는 제2항에 따른 지급의 개시일, 기간, 방법, 그 밖에 필요한 사항을 공고하여야 한다.

- ④ 합병 또는 전환으로 신설되는 부보금융회사, 합병 후 존속하는 부보금융회사 또는 전환 후의 부보금융회사는 그 합병등기일 또는 변경등기일부터 1년까지는 제1항을 적용할 때에 합병 또는 전환으로 신설되는 부보금융회사, 합병 후 존속하는 부보금융회사 또는 전환 후의 부보금융회사와 합병 또는 전환으로 소멸하는 부보금융회사 또는 전환 전의 부보금융회사가 각각 독립된 부보금융회사로 존재하는 것으로 본다.
- ⑤ 제1종 보험사고가 발생한 후 제2종 보험사고가 발생한 경우 제1항을 적용할 때에는 제2종 보험사고를 독립된 보험사고로 보지 아니한다.
- ⑥ 공사는 제1항에 따른 보험금을 지급할 때 예금자등이 제21조의2제1항에 따른 부실관련자에 해당하거나 부실관련자와 대통령령으로 정하는 특수관계에 있는 경우에는 그 예금자등의 예금등 채권에 대하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 제3항에 따른 보험금 지급개시일 등의 공고일(이하 "보험금지급공고일"이라 한다)부터 6개월의 범위에서 보험금의 지급을 보류할 수 있다.
- ⑦ 제1항에 따른 예금자등의 보험금청구권은 제3항에 따른 지급의 개시일로부터 5년간 행사하지 아니하면 시효의 완성으로 소멸한다.
- ⑧ 공사가 보험금청구권의 행사를 촉구하기 위하여 예금자등에게 하는 안내·통지 등은 제7항 및 「민법」 제168조제3호에도 불구하고 시효중단의 효력이 없다.
- ⑨ 공사는 제1항에 따른 보험금을 지급할 때 보험사고가 발생한 부보금융회사가 예금자등에게 가지는 항변(抗辯)으로써 보험금청구권자에게 대항할 수 있다.

제32조(보험금의 계산 등)

- ① 제31조에 따라 공사가 각 예금자등에게 지급하는 보험금은 보험금지급공고일 현재 각 예금자등의 예금등 채권의 합계액에서 각 예금자등이 해당 부보금융회사에 대하여 지고 있는 채무(보증채무는 제외한다)의 합계액을 뺀 금액으로 한다. 다만, 대통령령으로 따로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.
- ② 제1항에 따른 보험금은 1인당 국내총생산액, 보호되는 예금등의 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 금액을 한도로 한다.
- ③ 각 예금자등이 제31조제2항에 따라 미리 지급받은 금액[이하 "가지급금"(假支給金)이라 한다]이 있는 경우에 보험금은 제1항 및 제2항에 따른 금액에서 가지급금을 뺀 금액으로 한다.
- ④ 각 예금자등에 대하여 지급된 가지급금의 금액이 제1항 및 제2항에 따른 보험금을 초과할 때에는 각 예금자등은 그 초과하는 금액을 공사에 되돌려 주어야 한다.

○ 예금자보호법 시행령

제18조(보험금의 계산방법의 예외 등)

- ① 공사는 법 제32조제1항에 따라 보험금을 계산함에 있어 예금자등이 타인을 위하여 해당 부보금융회사에 대하여 담보로 제공하고 있는 예금등 채권(이하 이 조에서 "담보제공채권"이라 한다)이 있거나 보증채무를 지고 있는 경우에는 피담보채권이나 보증채무가 소멸할 때까지 담보제공채권 또는 보증채무에 상당하는 금액을 한도로 보험금의 지급을 보류할 수 있다.
- ② 공사는 제1항 또는 법 제31조제6항의 규정에 의하여 보험금의 지급을 보류하는 때에는 당해 보험금의 지급을 청구한 예금자등에 대하여 다음 각호의 사항을 기재한 서면을 교부하여야 한다.
 - 1. 지급을 보류하는 보험금의 금액
 - 2. 보험금의 지급보류사유
 - 3. 보험금의 지급보류기간
 - 4. 보험금의 지급보류사유가 소멸되거나 지급보류기간이 만료되어 예금자등이 보류된 보험금의 지급을 청구하는 경우의 그 절차 및 방법
- ③ 법 제32조제1항 단서에 따라 확정기여형퇴직연금제도, 개인형퇴직연금제도, 법률 제10967호 근로

자퇴직급여 보장법 전부개정법을 부칙 제2조제1항 본문에 따른 퇴직보험 또는 퇴직일시금신탕(이하 이 조에서 "확정기여형퇴직연금제도등"이라 한다)에 대하여 공사가 지급하는 보험금의 경우에는 법 제31조제3항에 따른 보험금 지급공고일(이하 이 조에서 "보험금 지급공고일"이라 한다) 현재 해당 가입자(「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제11호에 따른 가입자를 말하며, 법률 제10967호 근로자퇴직급여 보장법 전부개정법을 부칙 제2조제1항 본문에 따른 퇴직보험 또는 퇴직일시금신탕의 피보험자 또는 수익자를 포함한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 부보금융회사에 대하여 가지고 있는 예금등 채권(확정기여형퇴직연금제도 또는 개인형퇴직연금제도의 자산관리업무를 수행하는 퇴직연금사업자가 가입자를 위하여 가지고 있는 예금등 채권을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 합계액에서 해당 부보금융회사에 대하여 부담하고 있는 채무의 합계액을 공제하지 아니한다. 다만, 해당 부보금융회사가 해당 가입자로부터 「근로자퇴직급여 보장법」 제7조제2항에 따라 담보(확정기여형퇴직연금제도와 개인형퇴직연금제도의 경우만 해당한다)를 제공받거나 서면으로 동의를 받은 경우에는 그러하지 아니하다.

- ④ 투자매매업자·투자중개업자에 보험금 지급공고일이전에 예금자등에 의하여 증권이 매매되어 보험금 지급공고일 후에 대금이 결제되는 때에는 그 결제되는 대금을 포함하여 보험금을 계산하며 그 대금이 결제되는 때까지 보험금의 지급을 보류할 수 있다.
- ⑤ 법 제32조제1항의 규정에 의한 보험금을 계산함에 있어 예금등 채권의 금액은 예금등의 금액과 그 금액에 전국을 영업구역으로 하는 은행의 1년만기 정기예금의 평균이자율을 고려하여 위원회가 정하는 이자율을 곱한 금액을 합산한 금액을 그 한도로 한다. 다만, 보험회사에 대한 예금등 채권중 보험금(보험기간이 종료되어 지급되는 보험금을 제외한다)의 경우에는 그러하지 아니하다.
- ⑥ 법 제32조제2항에 따른 보험금의 지급한도는 5천만원(이하 "보험금 지급한도"라 한다)으로 한다. 이 경우 다음 각 호의 경우에는 각 호에서 정한 바에 따라 보험금 지급한도를 적용한다.
 1. 확정기여형퇴직연금제도등의 경우: 가입자별로 보험금 지급한도를 적용하되, 확정기여형퇴직연금제도등에 따른 예금등 채권과 그 밖의 예금등 채권에 대하여 각각 보험금 지급한도를 적용
 2. 개인종합자산관리계좌의 경우: 계좌보유자별로 보험금 지급한도를 적용하되, 개인종합자산관리계좌의 예금등 채권과 그 밖의 예금등 채권(확정기여형퇴직연금제도등에 따른 예금등 채권은 제외한다)을 합산하여 보험금 지급한도를 적용

○ 영유아보육법

제10조(어린이집의 종류)

어린이집의 종류는 다음 각 호와 같다.

1. 국공립어린이집 : 국가나 지방자치단체가 설치·운영하는 어린이집
2. 사회복지법인어린이집 : 「사회복지사업법」에 따른 사회복지법인(이하 "사회복지법인"이라 한다)이 설치·운영하는 어린이집
3. 법인·단체등어린이집 : 각종 법인(사회복지법인을 제외한 비영리법인)이나 단체 등이 설치·운영하는 어린이집으로서 대통령령으로 정하는 어린이집
4. 직장어린이집 : 사업주가 사업장의 근로자를 위하여 설치·운영하는 어린이집(국가나 지방자치단체의 장이 소속 공무원 및 국가나 지방자치단체의 장과 근로계약을 체결한 자로서 공무원이 아닌 자를 위하여 설치·운영하는 어린이집을 포함한다)
5. 가정어린이집 : 개인이 가정이나 그에 준하는 곳에 설치·운영하는 어린이집
6. 협동어린이집 : 보호자 또는 보호자와 보육교직원이 조합(영리를 목적으로 하지 아니하는 조합에 한정한다)을 결성하여 설치·운영하는 어린이집
7. 민간어린이집 : 제1호부터 제6호까지의 규정에 해당하지 아니하는 어린이집

○ 유아교육법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음 각 호와 같다.

1. "유아"란 만 3세부터 초등학교 취학전까지의 어린이를 말한다.
2. "유치원"이란 유아의 교육을 위하여 이 법에 따라 설립·운영되는 학교를 말한다.
3. "보호자"란 친권자·후견인 그 밖의 자로서 유아를 사실상 보호하는 자를 말한다.
4. 삭제
5. 삭제
6. "방과후 과정"이란 제13조제1항에 따른 교육과정 이후에 이루어지는 그 밖의 교육활동과 돌봄활동을 말한다.

○ 응급의료에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "응급환자"란 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 그 밖의 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 위해(危害)가 발생할 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 사람을 말한다.
2. "응급의료"란 응급환자가 발생한 때부터 생명의 위험에서 회복되거나 심신상의 중대한 위해가 제거되기까지의 과정에서 응급환자를 위하여 하는 상담·구조(救助)·이송·응급처치 및 진료 등의 조치를 말한다.
3. "응급처치"란 응급의료행위의 하나로서 응급환자의 기도를 확보하고 심장박동의 회복, 그 밖에 생명의 위험이나 증상의 현저한 악화를 방지하기 위하여 긴급히 필요로 하는 처치를 말한다.
4. "응급의료종사자"란 관계 법령에서 정하는 바에 따라 취득한 면허 또는 자격의 범위에서 응급환자에 대한 응급医료를 제공하는 의료인과 응급구조사를 말한다.
5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.
6. "구급차등"이란 응급환자의 이송 등 응급의료의 목적에 이용되는 자동차, 선박 및 항공기 등의 이송수단을 말한다.
7. "응급의료기관등"이란 응급의료기관, 구급차등의 운전자 및 응급의료지원센터를 말한다.
8. "응급환자이송업"이란 구급차등을 이용하여 응급환자 등을 이송하는 업(業)을 말한다.

제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)

- ① 이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러하지 아니하다.
- ② 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다.

○ 응급의료에 관한 법률 시행규칙

제2조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 별표 1의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

○ 의료급여법

제7조(의료급여의 내용 등)

- ① 이 법에 따른 수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여의 내용은 다음 각 호와 같다.
 1. 진찰·검사
 2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
 3. 처치·수술과 그 밖의 치료
 4. 예방·재활
 5. 입원
 6. 간호
 7. 이송과 그 밖의 의료목적 달성을 위한 조치
- ② 제1항에 따른 의료급여의 방법·절차·범위·한도 등 의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정하고, 의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장관이 정한다.
- ③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 의료급여의 기준을 정할 때에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할 수 있다.

○ 의료급여법 시행령

제13조(급여비용의 부담)

- ① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다.
 1. 삭제
 2. 삭제
- ② 삭제
- ③ 제1항의 규정에 불구하고 법 제15조제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다.
- ④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다.
- ⑤ 제4항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제1호라목·마목, 같은 표 제2호마목·바목 및 같은 표 제3호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매 30일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100분의 50에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다.
 1. 1종수급권자 : 2만원
 2. 2종수급권자 : 20만원
- ⑥ 급여대상 본인부담금에서 제5항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과

한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다.

1. 1종수급권자 : 매 30일간 5만원

2. 2종수급권자 : 연간 80만원. 다만, 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다.

- ⑦ 시장·군수·구청장은 수급권자가 제6항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다.

○ 의료법

제2조(의료인)

- ① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사를 말한다.
- ② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.
1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
 2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
 3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
 4. 조산사는 조산(助産)과 임신부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.
 5. 간호사는 다음 각 목의 업무를 임무로 한다.
 - 가. 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호
 - 나. 의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조
 - 다. 간호 요구자에 대한 교육·상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행, 그 밖의 대통령령으로 정하는 보건활동
 - 라. 제80조에 따른 간호조무사가 수행하는 가목부터 다목까지의 업무보조에 대한 지도

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원 : 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

다. 종합병원

- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.
- ④ ~ ⑧ : 삭제

제3조의4(상급종합병원 지정)

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 - 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 - 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 - 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추 것
 - 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
 - 1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의

학사 또는 한의학사 학위를 받은 자

2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사 학위 또는 박사학위를 받은 자
3. 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자
- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
- ③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

제33조(개설 등)

- ① 의료인은 이 법에 따른 의료기관을 개설하지 아니하고는 의료업을 할 수 없으며, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 외에는 그 의료기관 내에서 의료업을 하여야 한다.
 1. 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 응급환자를 진료하는 경우
 2. 환자나 환자 보호자의 요청에 따라 진료하는 경우
 3. 국가나 지방자치단체의 장이 공익상 필요하다고 인정하여 요청하는 경우
 4. 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 가정간호를 하는 경우
 5. 그 밖에 이 법 또는 다른 법령으로 특별히 정한 경우나 환자가 있는 현장에서 진료를 하여야 하는 부득이한 사유가 있는 경우
- ② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자가 아니면 의료기관을 개설할 수 없다. 이 경우 의사는 종합병원·병원·요양병원·정신병원 또는 의원, 치과의사는 치과병원 또는 치과의원을, 한의사는 한방병원·요양병원 또는 한의원을, 조산사는 조산원만을 개설할 수 있다.
 1. 의사, 치과의사, 한의사 또는 조산사
 2. 국가나 지방자치단체
 3. 의료업을 목적으로 설립된 법인(이하 "의료법인"이라 한다)
 4. 「민법」이나 특별법에 따라 설립된 비영리법인
 5. 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 준정부기관, 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따른 지방의료원, 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 한국보훈복지의료공단
- ③ 제2항에 따라 의원·치과의원·한의원 또는 조산원을 개설하려는 자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다.
- ④ 제2항에 따라 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원 또는 정신병원을 개설하려면 제33조의2에 따른 시·도 의료기관개설위원회의 심의를 거쳐 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시·도지사의 허가를 받아야 한다. 이 경우 시·도지사는 개설하려는 의료기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개설허가를 할 수 없다.
 1. 제36조에 따른 시설기준에 맞지 아니하는 경우
 2. 제60조제1항에 따른 기본시책과 같은 조 제2항에 따른 수급 및 관리계획에 적합하지 아니한 경우
- ⑤ 제3항과 제4항에 따라 개설된 의료기관이 개설 장소를 이전하거나 개설에 관한 신고 또는 허가사항 중 보건복지부령으로 정하는 중요사항을 변경하려는 때에도 제3항 또는 제4항과 같다.
- ⑥ 조산원을 개설하는 자는 반드시 지도의사(指導醫師)를 정하여야 한다.
- ⑦ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 의료기관을 개설할 수 없다.
 1. 약국 시설 안이나 구내인 경우
 2. 약국의 시설이나 부지 일부를 분할·변경 또는 개수하여 의료기관을 개설하는 경우

3. 약국과 전용 복도·계단·승강기 또는 구름다리 등의 통로가 설치되어 있거나 이런 것들을 설치하여 의료기관을 개설하는 경우
4. 「건축법」 등 관계 법령에 따라 허가를 받지 아니하거나 신고를 하지 아니하고 건축 또는 증축·개축한 건축물에 의료기관을 개설하는 경우
- ⑧ 제2항제1호의 의료인은 어떠한 명목으로도 둘 이상의 의료기관을 개설·운영할 수 없다. 다만, 2 이상의 의료인 면허를 소지한 자가 의원급 의료기관을 개설하려는 경우에는 하나의 장소에 한하여 면허 종별에 따른 의료기관을 함께 개설할 수 있다.
- ⑨ 의료법인 및 제2항제4호에 따른 비영리법인(이하 이 조에서 “의료법인등”이라 한다)이 의료기관을 개설하려면 그 법인의 정관에 개설하고자 하는 의료기관의 소재지를 기재하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정관의 변경허가를 얻어야 한다(의료법인등을 설립할 때에는 설립 허가를 말한다. 이하 이 항에서 같다). 이 경우 그 법인의 주무관청은 정관의 변경허가를 하기 전에 그 법인이 개설하고자 하는 의료기관이 소재하는 시·도지사 또는 시장·군수·구청장과 협의하여야 한다.
- ⑩ 의료기관을 개설·운영하는 의료법인등은 다른 자에게 그 법인의 명의를 빌려주어서는 아니 된다.

제36조(준수사항)

제33조제2항 및 제8항에 따라 의료기관을 개설하는 자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 지켜야 한다.

1. 의료기관의 종류에 따른 시설기준 및 규격에 관한 사항
2. 의료기관의 안전관리시설 기준에 관한 사항
3. 의료기관 및 요양병원의 운영 기준에 관한 사항
4. 고가의료장비의 설치·운영 기준에 관한 사항
5. 의료기관의 종류에 따른 의료인 등의 정원 기준에 관한 사항
6. 급식관리 기준에 관한 사항
7. 의료기관의 위생 관리에 관한 사항
8. 의료기관의 의약품 및 일회용 주사 의료용품의 사용에 관한 사항
9. 의료기관의 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제41조제4항에 따른 감염병환자등의 진료 기준에 관한 사항
10. 의료기관 내 수술실, 분만실, 중환자실 등 감염관리가 필요한 시설의 출입 기준에 관한 사항
11. 의료인 및 환자 안전을 위한 보안장비 설치 및 보안인력 배치 등에 관한 사항
12. 의료기관의 신체보호대 사용에 관한 사항
13. 의료기관의 의료관련감염 예방에 관한 사항

○ 의료법 시행규칙

제24조(가정간호)

- ① 법 제33조제1항제4호에 따라 의료기관이 실시하는 가정간호의 범위는 다음 각 호와 같다.
 1. 간호
 2. 검체의 채취(보건복지부장관이 정하는 현장검사를 포함한다. 이하 같다) 및 운반
 3. 투약
 4. 주사
 5. 응급처치 등에 대한 교육 및 훈련
 6. 상담
 7. 다른 보건의료기관 등에 대한 건강관리에 관한 의뢰
- ② 가정간호를 실시하는 간호사는 「전문간호사 자격인정 등에 관한 규칙」에 따른 가정전문간호사이어야 한다.

- ③ 가정간호는 의사나 한의사가 의료기관 외의 장소에서 계속적인 치료와 관리가 필요하다고 판단하여 가정전문간호사에게 치료나 관리를 의뢰한 자에 대하여만 실시하여야 한다.
- ④ 가정전문간호사는 가정간호 중 검체의 채취 및 운반, 투약, 주사 또는 치료적 의료행위인 간호를 하는 경우에는 의사나 한의사의 진단과 처방에 따라야 한다. 이 경우 의사 및 한의사 처방의 유효기간은 처방일부터 90일까지로 한다.
- ⑤ 가정간호를 실시하는 의료기관의 장은 가정전문간호사를 2명 이상 두어야 한다.
- ⑥ 가정간호를 실시하는 의료기관의 장은 가정간호에 관한 기록을 5년간 보존하여야 한다.
- ⑦ 이 규칙에서 정한 것 외에 가정간호의 질 관리 등 가정간호의 실시에 필요한 사항은 보건복지부장관이 따로 정한다.

제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)

법 제36조제1호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표 3과 같고, 그 시설규격은 별표 4와 같다.

[별표 4]

의료기관의 시설규격

2. 중환자실

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
- 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
- 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
- 라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간(중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다)을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료를 갖추어야 한다.
- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
- 자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
- 차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
- 카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

○ 자동차관리법

제3조(자동차의 종류)

- ① 자동차는 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. ~ 4. (생략)
5. 이륜자동차: 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차
- ② 제1항에 따른 구분의 세부기준은 자동차의 크기·구조, 원동기의 종류, 총배기량 또는 정격출력 등에 따라 국토교통부령으로 정한다.
- ③ 제1항에 따른 자동차의 종류는 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 세분할 수 있다.

○ 자동차관리법 시행규칙

제2조(자동차의 종별 구분)

법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다.

○ 자본시장과 금융투자업에 관한 법률

제88조(자산운용보고서의 교부)

- ① 집합투자업자는 자산운용보고서를 작성하여 해당 집합투자재산을 보관·관리하는 신탁업자의 확인을 받아 3개월마다 1회 이상 해당 집합투자기구의 투자자에게 교부하여야 한다. 다만, 투자자가 수시로 변동되는 등 투자자의 이익을 해할 우려가 없는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 자산운용보고서를 투자자에게 교부하지 아니할 수 있다.
- ② 집합투자업자는 제1항에 따른 자산운용보고서에 다음 각 호의 사항을 기재하여야 한다.
 1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날(이하 이 조에서 "기준일"이라 한다) 현재의 해당 집합투자기구의 자산·부채 및 집합투자증권의 기준가격
 - 가. 회계기간의 개시일부터 3개월이 종료되는 날
 - 나. 회계기간의 말일
 - 다. 계약기간의 종료일 또는 존속기간의 만료일
 - 라. 해지일 또는 해산일
 2. 직전의 기준일(직전의 기준일이 없는 경우에는 해당 집합투자기구의 최초 설정일 또는 성립일을 말한다)부터 해당 기준일까지의 기간(이하 이 조에서 "해당 운용기간"이라 한다) 중 운용경과의 개요 및 해당 운용기간 중의 손익 사항
 3. 기준일 현재 집합투자재산에 속하는 자산의 종류별 평가액과 집합투자재산 총액에 대한 각각의 비율
 4. 해당 운용기간 중 매매한 주식의 총수, 매매금액 및 대통령령으로 정하는 매매회전율
 5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항
- ③ 제1항에 따른 자산운용보고서의 교부시기 및 방법, 비용부담 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제188조(신탁계약의 체결 등)

- ① 투자신탁을 설정하고자 하는 집합투자업자는 다음 각 호의 사항이 기재된 신탁계약서에 의하여 신탁업자와 신탁계약을 체결하여야 한다.
 1. 집합투자업자 및 신탁업자의 상호
 2. 신탁원본의 가액 및 제189조제1항 및 제3항에 따라 발행하는 투자신탁의 수익권(이하 "수익증권"이라 한다)의 총좌수에 관한 사항

3. 투자신탁재산의 운용 및 관리에 관한 사항
4. 이익분배 및 환매에 관한 사항
5. 집합투자업자·신탁업자 등이 받는 보수, 그 밖의 수수료의 계산방법과 지급시기·방법에 관한 사항. 다만, 집합투자업자가 기준가격 산정업무를 위탁하는 경우에는 그 수수료는 해당 투자신탁재산에서 부담한다는 내용을 포함하여야 한다.
6. 수익자총회에 관한 사항
7. 공시 및 보고서에 관한 사항
8. 그 밖에 수익자 보호를 위하여 필요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
(이하생략)

○ 자본시장과 금융투자업에 관한 법률 시행령

제93조(수시공시의 방법 등)

- ① 법 제89조제1항제1호에 따라 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자가 공시하여야 하는 투자운용인력의 운용경력은 투자운용인력을 변경한 날부터 최근 3년 이내의 운용경력으로 한다.
- ② 법 제89조제1항제3호에서 "대통령령으로 정하는 부실자산"이란 발행인의 부도, 「채무자 회생 및 파산에 관한 법률」에 따른 회생절차개시의 신청 등의 사유로 인하여 금융위원회가 부실자산으로 정하여 고시하는 자산을 말한다.
- ③ 법 제89조제1항제5호에서 "대통령령으로 정하는 사항"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사항을 말한다.
 1. 투자설명서의 변경. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우는 제외한다.
 - 가. 법 및 이 영의 개정 또는 금융위원회의 명령에 따라 투자설명서를 변경하는 경우
 - 나. 집합투자계약의 변경에 따라 투자설명서를 변경하는 경우
 - 다. 투자설명서의 단순한 자구수정 등 경미한 사항을 변경하는 경우
 - 라. 투자운용인력의 변경이 있는 경우로서 법 제123조제3항제2호에 따라 투자설명서를 변경하는 경우
 2. 집합투자업자의 합병, 분할, 분할합병 또는 영업의 양도·양수
 3. 집합투자업자 또는 일반사무관리회사가 기준가격을 잘못 산정하여 이를 변경하는 경우에는 그 내용(제262조제1항 후단에 따라 공고·게시하는 경우에 한한다)
 4. 사모집합투자기구가 아닌 집합투자기구(존속하는 동안 투자금을 추가로 모집할 수 있는 집합투자기구로 한정한다. 이하 이 항에서 같다)로서 설정 및 설립 이후 1년이 되는 날에 원본액이 50억원 미만인 경우 그 사실과 해당 집합투자기구가 법 제192조제1항 단서에 따라 해지될 수 있다는 사실
 5. 사모집합투자기구가 아닌 집합투자기구가 설정 및 설립되고 1년이 지난 후 1개월간 계속하여 원본액이 50억원 미만인 경우 그 사실과 해당 집합투자기구가 법 제192조제1항 단서에 따라 해지될 수 있다는 사실
 6. 부동산집합투자기구 또는 특별자산집합투자기구(부동산·특별자산투자재간접집합투자기구를 포함한다)인 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사항
 - 가. 제242조제2항 각 호 외의 부분 단서에 따른 시장성 없는 자산의 취득 또는 처분
 - 나. 부동산집합투자기구 또는 특별자산집합투자기구의 집합투자증권의 취득 또는 처분. 다만, 이미 취득한 것과 같은 집합투자증권을 추가로 취득하거나 일부를 처분하는 경우는 제외한다.
 - 다. 지상권·지역권 등 부동산 관련 권리 및 사업수익권·시설관리운영권 등 특별자산 관련 중요한 권리의 발생·변경
 - 라. 금전의 차입 또는 금전의 대여
 7. 그 밖에 투자자의 투자판단에 중대한 영향을 미치는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는

사항

- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 공시와 관련하여 그 서식과 작성방법, 기재사항 등에 관한 구체적인 기준은 금융위원회가 정하여 고시한다.

○ 장기등 이식에 관한 법률

제4조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “장기등”이란 사람의 내장이나 그 밖에 손상되거나 정지된 기능을 회복하기 위하여 이식이 필요한 조직으로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.

가. 신장·간장·췌장·심장·폐

나. 말초혈(조혈모세포를 이식할 목적으로 채취하는 경우에 한정한다)·골수·안구

다. 뼈·피부·근육·신경·혈관 등으로 구성된 복합조직으로서의 손·팔 또는 발·다리

라. 제8조제2항제4호에 따라 장기등이식윤리위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 결정·고시한 것

마. 그 밖에 사람의 내장 또는 조직 중 기능회복을 위하여 적출·이식할 수 있는 것으로서 대통령령으로 정하는 것

제42조(장기등의 적출·이식 비용의 부담 등)

- ① 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용은 해당 장기등을 이식받은 사람이 부담한다. 다만, 이식받은 사람이 부담하는 비용에 대하여 다른 법령에서 따로 정하는 경우에는 해당 법령에서 정하는 바에 따른다.
- ② 제1항에 따른 비용은 「국민건강보험법」에서 정하는 바에 따라 산출한다. 다만, 「국민건강보험법」에서 규정하지 아니한 비용은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 산출한다.

○ 장애인복지법

제32조(장애인 등록)

- ① 장애인, 그 법정대리인 또는 대통령령으로 정하는 보호자(이하 “법정대리인등”이라 한다)는 장애 상태와 그 밖에 보건복지부령이 정하는 사항을 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수 또는 구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 등록하여야 하며, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 등록을 신청한 장애인이 제2조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 “등록증”이라 한다)을 내주어야 한다.
- ② 삭제
- ③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따라 등록증을 받은 장애인의 장애 상태의 변화에 따른 장애 등급 조정을 위하여 장애 진단을 받게 하는 등 장애인이나 법정대리인등에게 필요한 조치를 할 수 있다.
- ④ 장애인의 장애 인정과 등급 사정(査定)에 관한 업무를 담당하게 하기 위하여 보건복지부에 장애판정위원회를 둘 수 있다.
- ⑤ 등록증은 양도하거나 대여하지 못하며, 등록증과 비슷한 명칭이나 표시를 사용하여서는 아니 된다.
- ⑥ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따른 장애인 등록 및 제3항에 따른 장애 상태의 변화에 따른 장애 등급을 조정함에 있어 장애인의 장애 인정과 장애 등급 사정이 적정한지를 확인하기 위하여 필요한 경우 대통령령으로 정하는 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제4조에

다른 공공기관에 장애 정도에 관한 정밀심사를 의뢰할 수 있다.

- ⑦ 제6항에 따라 장애 정도에 관한 정밀심사를 의뢰받은 공공기관은 필요한 경우 심사를 받으려는 본인이나 법정대리인등으로부터 동의를 받아 「의료법」에 따른 의료기관에 그 사람의 해당 진료에 관한 사항의 열람 또는 사본 교부를 요청할 수 있다. 이 경우 요청을 받은 의료기관은 특별한 사유가 없으면 요청에 따라야 하며, 국가 및 지방자치단체는 예산의 범위에서 공공기관에 제공되는 자료에 대한 사용료, 수수료 등을 지원할 수 있다.
- ⑧ 제1항 및 제3항부터 제7항까지에서 규정한 사항 외에 장애인의 등록, 등록증의 발급, 장애 진단 및 장애 정도에 관한 정밀심사, 장애판정위원회, 진료에 관한 사항의 열람 또는 사본교부 요청 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

○ 장애인활동지원에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

- 1. "장애인"이란 「장애인복지법」 제2조에 따른 장애인을 말한다.
- 2. "활동지원급여"란 수급자에게 제공되는 제16조제1항에 따른 활동보조, 방문목욕, 방문간호 등의 서비스를 말한다.
- 3. "수급자"란 제9조제2항에 따라 수급자로 인정되어 활동지원급여를 받을 예정이거나 받고 있는 사람을 말한다.
- 4. "활동지원사업"이란 국가와 지방자치단체가 이 법에 따라 수행하는 활동지원급여에 관한 사업을 말한다.
- 5. "부양의무자"란 수급자(제6조제1항에 따른 신청인을 포함한다. 이하 이 호에서 같다)를 부양할 책임이 있는 사람으로서 수급자의 1촌 이내 직계 혈족 또는 수급자의 배우자 및 그 밖에 수급자의 생계를 책임지는 대통령령으로 정하는 사람을 말한다.
- 6. "활동지원기관"이란 제20조에 따라 지정을 받은 기관으로서 수급자에게 활동지원급여를 제공하는 기관을 말한다.
- 7. "활동지원인력"이란 활동지원기관에 소속되어 수급자에 대한 활동지원급여를 수행하는 사람을 말한다.

제16조(활동지원급여의 종류 등)

- ① 이 법에 따른 활동지원급여의 종류는 다음 각 호와 같다.
 - 1. 활동보조: 활동지원인력인 제27조에 따른 활동지원사가 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동, 가사활동 및 이동보조 등을 지원하는 활동지원급여
 - 2. 방문목욕: 활동지원인력이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 활동지원급여
 - 3. 방문간호: 활동지원인력인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 "방문간호지시서"라 한다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 활동지원급여
 - 4. 그 밖의 활동지원급여: 야간보호 등 대통령령으로 정하는 활동지원급여
- ② 수급자가 활동지원급여를 받거나 활동지원기관이 활동지원급여를 제공할 때에 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 요구하거나 제공하여서는 아니 된다.
 - 1. 수급자가 아닌 그 가족을 위한 활동보조(신체활동 지원, 가사활동 지원, 사회활동 지원 등)·방문목욕·방문간호 등의 행위
 - 2. 수급자 또는 그 가족의 직장 등에서 생업을 지원하는 활동보조 행위
 - 3. 수급자의 자립생활에 지장이 없어 지원할 필요가 없다고 인정되는 행위

- ③ 그 밖에 활동지원급여의 제공 기준·절차·방법·범위 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

○ 전자서명법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. (생략)
2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
 - 가. 서명자의 신원
 - 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실
3. "전자서명생성정보"란 전자서명을 생성하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
4. "전자서명수단"이란 전자서명을 하기 위하여 이용하는 전자적 수단을 말한다.
5. "전자서명인증"이란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실을 확인하고 이를 증명하는 행위를 말한다.
6. "인증서"란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실 등을 확인하고 이를 증명하는 전자적 정보를 말한다.
7. "전자서명인증업무"란 전자서명인증, 전자서명인증 관련 기록의 관리 등 전자서명인증서비스를 제공하는 업무를 말한다.
8. "전자서명인증사업자"란 전자서명인증업무를 하는 자를 말한다.
9. "가입자"란 전자서명생성정보에 대하여 전자서명인증사업자로부터 전자서명인증을 받은 자를 말한다.
10. "이용자"란 전자서명인증사업자가 제공하는 전자서명인증서비스를 이용하는 자를 말한다.

○ 조세특례제한법

제88조의2(비과세종합저축에 대한 과세특례)

- ① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 거주자가 1명당 저축원금이 5천만원(제89조에 따른 세금우대종합저축에 가입한 거주자로서 세금우대종합저축을 해지 또는 해약하지 아니한 자의 경우에는 5천만원에서 해당 거주자가 가입한 세금우대종합저축의 계약금액 총액을 뺀 금액으로 한다) 이하인 대통령령으로 정하는 저축(이하 이 조에서 "비과세종합저축"이라 한다)에 2022년 12월 31일까지 가입하는 경우 해당 저축에서 발생하는 이자소득 또는 배당소득에 대해서는 소득세를 부과하지 아니한다.
1. 65 세 이상인 거주자
 2. 「장애인복지법」 제 32 조에 따라 등록한 장애인
 3. 「독립유공자 예우에 관한 법률」 제 6 조에 따라 등록한 독립유공자와 그 유족 또는 가족
 4. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제 6 조에 따라 등록한 상이자(傷痍者)
 5. 「국민기초생활보장법」 제 2 조제 2 호에 따른 수급자
 6. 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」 제 2 조제 3 호에 따른 고엽제후유의증환자
 7. 「5·18 민주유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 제 4조제 2 호에 따른 5·18 민주화운동부상자

- ② 삭제
- ③ 비과세종합저축의 가입절차, 가입대상의 확인, 계약금액 총액의 계산방법, 운용·관리 방법과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

○ 지역보건법

제10조(보건소의 설치)

- ① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다.
- ② 동일한 시·군·구에 2개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다.

제12조(보건의료원)

보건소 중 「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다.

제13조(보건지소의 설치)

지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하 "보건지소"라 한다)를 설치할 수 있다.

○ 초·중등교육법

제2조(학교의 종류)

초·중등교육을 실시하기 위하여 다음 각 호의 학교를 둔다.

1. 초등학교
2. 중학교·고등공민학교
3. 고등학교·고등기술학교
4. 특수학교
5. 각종학교

○ 통계법

제18조(통계작성의 승인)

- ① 통계작성기관의 장은 새로운 통계를 작성하고자 하는 경우에는 그 명칭, 종류, 목적, 조사대상, 조사방법, 통계표 서식, 조사사항의 성별구분 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 미리 통계청장의 승인을 받아야 한다. 승인을 받은 사항을 변경하거나 승인을 받은 통계의 작성을 중지하고자 하는 경우에도 또한 같다.
- ② 통계작성기관의 장은 제1항에 따른 승인을 받거나 제20조에 따른 협의를 거치기 전에 행정자료를 활용한 통계의 작성이 가능한 것인지 여부를 미리 판단하여야 한다. 이 경우 통계작성기관의 장은 이에 대한 판단을 통계청장에게 의뢰할 수 있다.
- ③ 통계청장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항에 따른 승인을 하지 아니할 수 있

다.

1. 이미 승인을 받은 다른 통계와 조사 또는 보고의 대상·목적 및 방법 등 그 내용이 동일 또는 유사하다고 인정되는 경우
 2. 표본규모가 지나치게 작거나 검증된 통계작성기법을 사용하지 아니하여 통계의 신뢰성을 확보할 수 없다고 인정되는 경우
 3. 조사 또는 보고의 대상 또는 목적 등이 특정 이익집단 또는 특정부문에 편중되거나 영리적인 목적으로 작성되는 등 공공의 이익을 목적으로 작성된다고 보기 어려운 경우
- ④ 통계청장은 제1항에 따른 승인을 한 때에는 이를 고시하여야 한다. 이 경우 승인을 한 통계의 명칭, 통계작성기관의 명칭 등 고시에 포함되어야 할 사항은 대통령령으로 정한다.

○ 폭력행위 등 처벌에 관한 법률

제2조(폭행 등)

- ① 삭제
- ② 2명 이상이 공동하여 다음 각 호의 죄를 범한 사람은 「형법」 각 해당 조항에서 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.
 1. 「형법」 제260조제1항(폭행), 제283조제1항(협박), 제319조(주거침입, 퇴거불응) 또는 제366조(재물손괴 등)의 죄
 2. 「형법」 제260조제2항(존속폭행), 제276조제1항(체포, 감금), 제283조제2항(존속협박) 또는 제324조제1항(강요)의 죄
 3. 「형법」 제257조제1항(상해)·제2항(존속상해), 제276조제2항(존속체포, 존속감금) 또는 제350조(공갈)의 죄
- ③ 이 법(「형법」 각 해당 조항 및 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범, 각 해당 조항의 상습범의 미수범, 특수범의 미수범, 상습특수범의 미수범을 포함한다)을 위반하여 2회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 제2항 각 호에 규정된 죄를 범하여 누범(累犯)으로 처벌할 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.
 1. 제2항제1호에 규정된 죄를 범한 사람: 7년 이하의 징역
 2. 제2항제2호에 규정된 죄를 범한 사람: 1년 이상 12년 이하의 징역
 3. 제2항제3호에 규정된 죄를 범한 사람: 2년 이상 20년 이하의 징역
- ④ 제2항과 제3항의 경우에는 「형법」 제260조제3항 및 제283조제3항을 적용하지 아니한다.

제3조(집단적 폭행 등)

- ① ~ ③ (삭제)
- ④ 이 법(「형법」 각 해당 조항 및 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범, 각 해당 조항의 상습범의 미수범, 특수범의 미수범, 상습특수범의 미수범을 포함한다)을 위반하여 2회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 다음 각 호의 죄를 범하여 누범으로 처벌할 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.
 1. 「형법」 제261조(특수폭행)(제260조제1항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제284조(특수협박)(제283조제1항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제320조(특수주거침입) 또는 제369조제1항(특수손괴)의 죄: 1년 이상 12년 이하의 징역
 2. 「형법」 제261조(특수폭행)(제260조제2항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제278조(특수체포, 특수감금)(제276조제1항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제284조(특수협박)(제283조제2항의 죄를 범한 경우에 한정한다) 또는 제324조제2항(강요)의 죄: 2년 이상 20년 이하의 징역
 3. 「형법」 제258조의2제1항(특수상해), 제278조(특수체포, 특수감금)(제276조제2항의 죄를 범한 경우에 한정한다) 또는 제350조의2(특수공갈)의 죄: 3년 이상 25년 이하의 징역

제4조(단체 등의 구성·활동)

- ① 이 법에 규정된 범죄를 목적으로 하는 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하거나 그 구성원으로 활동한 사람은 다음 각 호의 구분에 따라 처벌한다.
 1. 수괴(首魁): 사형, 무기 또는 10년 이상의 징역
 2. 간부: 무기 또는 7년 이상의 징역
 3. 수괴·간부 외의 사람: 2년 이상의 유기징역
- ② 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입한 사람이 단체 또는 집단의 위력을 과시하거나 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 죄를 범하였을 때에는 그 죄에 대한 형의 장기(長期) 및 단기(短期)의 2분의 1까지 가중한다.
 1. 「형법」에 따른 죄 중 다음 각 목의 죄
 - 가. 「형법」 제8장 공무방해에 관한 죄 중 제136조(공무집행방해), 제141조(공용서류 등의 무효, 공용물의 파괴)의 죄
 - 나. 「형법」 제24장 살인의 죄 중 제250조제1항(살인), 제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등), 제253조(위계 등에 의한 촉탁살인 등), 제255조(예비, 음모)의 죄
 - 다. 「형법」 제34장 신용, 업무와 경매에 관한 죄 중 제314조(업무방해), 제315조(경매, 입찰의 방해)의 죄
 - 라. 「형법」 제38장 절도와 강도의 죄 중 제333조(강도), 제334조(특수강도), 제335조(준강도), 제336조(인질강도), 제337조(강도상해, 치상), 제339조(강도강간), 제340조제1항(해상강도)·제2항(해상강도상해 또는 치상), 제341조(상습범), 제343조(예비, 음모)의 죄
 2. 제2조 또는 제3조의 죄(「형법」 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범을 포함한다)
- ③ 타인에게 제1항의 단체 또는 집단에 가입할 것을 강요하거나 권유한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.
- ④ 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하여 그 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 금품을 모집한 사람은 3년 이상의 유기징역에 처한다.

○ 학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "학원"이란 사인(私人)이 대통령령으로 정하는 수 이상의 학습자 또는 불특정다수의 학습자에게 30일 이상의 교습과정(교습과정의 반복으로 교습일수가 30일 이상이 되는 경우를 포함한다. 이하 같다)에 따라 지식·기술(기능을 포함한다. 이하 같다)·예능을 교습(상급학교 진학에 필요한 컨설팅 등 지도를 하는 경우와 정보통신기술 등을 활용하여 원격으로 교습하는 경우를 포함한다. 이하 같다)하거나 30일 이상 학습장소로 제공되는 시설을 말한다. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 시설은 제외한다.
 - 가. 「유아교육법」, 「초·중등교육법」, 「고등교육법」, 그 밖의 법령에 따른 학교
 - 나. 도서관·박물관 및 과학관
 - 다. 사업장 등의 시설로서 소속 직원의 연수를 위한 시설
 - 라. 「평생교육법」에 따라 인가·등록·신고 또는 보고된 평생교육시설
 - 마. 「근로자직업능력 개발법」에 따른 직업능력개발훈련시설이나 그 밖에 평생교육에 관한 다른 법률에 따라 설치된 시설
 - 바. 「도로교통법」에 따른 자동차운전학원
 - 사. 「주택법」 제2조제3호에 따른 공동주택에 거주하는 자가 공동으로 관리하는 시설로서 같은 법 제43조에 따른 입주자대표회의의 의결을 통하여 영리를 목적으로 하지 아니하고 입주민을 위한 교육을 하기 위하여 설치하거나 사용하는 시설

(이하 생략)