무배당 중증질환진단특약
약관

◈ 목 차 ◈

◈ 가입자 유의 사항 ◈ 4

◈ 주요내용 요약서 ◈ 5

무배당 중증질환진단특약 약관 7

제1관 보험금의 지급 7

제1조【"루게릭병(근위축측삭경화증)"의 정의 및 진단확정】 7
제2조【"중증 재생불량성 빈혈"의 정의 및 진단확정】 7
제3조【"중증 세균성수막염"의 정의 및 진단확정】 8
제4조【"다발경화증"의 정의 및 진단확정】 8
제5조【"중증 루푸스신염"의 정의 및 진단확정】 9
제6조【보험금의 지급사유】 9
제7조【보험금 지급에 관한 세부규정】 10
제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】 10
제9조【보험금의 청구】 10
제10조【보험금의 지급절차】 11
제11조【보험수익자의 지정】 12

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 12

제12조【계약 전 알릴 의무】 12
제13조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 12

제3관 보험계약의 성립과 유지 13

제14조【특약의 체결 및 소멸】 13
제15조【피보험자의 범위】 14
제16조【특약 내용의 변경 등】 14
제17조【특약의 보험기간】 14

제4관 보험료의 납입 15

제18조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 15
제19조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 15
제20조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 16

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등 16

제21조【계약자의 임의해지】 16
제21조의2【위법계약의 해지】 17
제22조【해지환급금】 17
제23조【배당금의 지급】 17

제6관 기타사항 18

제24조【예금보험에 의한 지급보장】 18
제25조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】 18
<별표1> 보험금 지급기준표 19
<별표2> 루게릭병(근위축측삭경화증) 분류표 20
<별표3> 중증 재생불량성 빈혈 분류표 21
<별표4> 중증 세균성수막염 분류표 22
<별표5> 다발경화증 분류표 23
<별표6> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 24

◈ 가입자 유의 사항 ◈

□ 보험계약관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 보험계약전 알릴의무 위반

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

2. 해지환급금 관련 유의사항

○ 해지환급금

- 계약을 중도 해지시 해지환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비로 사용되기 때문입니다.
- “보험료 납입기간”이란 계약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 특정질병

- 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

◈ 주요내용 요약서 ◈

1. 자필서명

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

2. 계약전 알릴 의무

계약자 또는 피보험자는 청약서의 질문사항에 대하여 사실대로 기재하고 자필서명을 하셔야 합니다. 특히, 보험설계사에게 구두로 알린 사항은 효력이 없으며, 전화 등 통신수단을 통해 가입하는 경우에는 서면을 통한 질문절차 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 신중하셔야 합니다.

만약 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

3. 계약의 무효

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

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 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
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 의사능력이 있는 심신박약자가 계약을 체결하는 경우에는 계약이 유효함
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우
  다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아님

4. 청약철회

계약자는 청약을 한 날부터 30일(다만, 만 65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다) 이내에 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

5. 계약취소

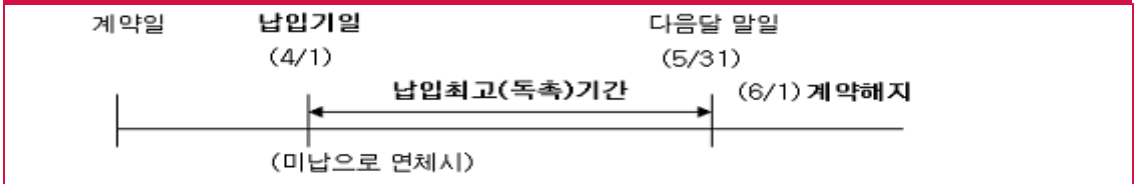
약관과 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명 받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

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

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

보험료의 납입연체 및 계약의 해지(예시)



7. 계약의 소멸

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

8. 해지 계약의 부활(효력회복)

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

무배당 중증질환진단특약 약관

제1관 보험금의 지급

제1조【“루게릭병(근위축측삭경화증)”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 **“루게릭병(근위축측삭경화증)”**이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표2>(루게릭병(근위축측삭경화증) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② “루게릭병(근위축측삭경화증)”의 진단확정은 병력·신경학적 검진과 함께 혈액검사, 뇌척수액검사(CSF), 근조직생검사(Muscle Biopsy), 근전도검사(EMG), 경부X-선 검사, 자기공명영상(MRI), 척수조영술 등을 근거로 하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 신경과 전문의 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

의료법 제3조(의료기관)

① 이 전법에서 "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 임산부 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(「장애복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 정신병원
   바. 종합병원

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

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제2조【“중증 재생불량성 빈혈”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 **“중증 재생불량성 빈혈”**이란 한국표준질병·사인분류 중 <별표3>(중증 재생불량성 빈혈 분류표)에서 정한 질병으로, 골수부전의 치료를 위해 지속적으로 수혈, 골수조혈촉진인자, 면역억제제 중 1항목 이상의 치료를 3개월이상 계속 받아왔거나, 골수이식수술 또는 조혈모세포이식수술을 필요로 하는 “비가역적인 중증 재생불량성 빈혈” 만을 대상으로 합니다. 따라서, 일시적이거나 가역적인 재생불량

성 빈혈, 중증이 아닌 재생불량성 빈혈은 보장에서 제외합니다.

② 제1항의 “비가역적인 중증 재생불량성 빈혈”이라 함은 골수천자검사상 세포충실도가 25% 미만인 경우(또는 세포충실도가 25%~50%인 경우라도 조혈기능을 하는 세포가 30% 미만인 경우)인 동시에 말초혈액 검사상 다음 3항목 중 2항목 이상을 충족해야 하며, 각 검사결과의 판독은 진단검사의학 또는 병리학 분야의 전문의사에 의해 시행되어야 합니다.

가. 절대호중구수 : 500/μ L 미만

나. 혈소판 : 20,000/μ L 미만

다. 교정망상적혈구수 : 1% 미만

③ “중증 재생불량성 빈혈”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 진단검사의학 또는 병리학 분야의 전문의 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 진료기록 및 골수조직검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제3조【“중증 세균성수막염”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 **“중증 세균성수막염”**이란 세균성 감염(HIV 감염인 경우의 세균성수막염은 제외)으로 인한 뇌수막 또는 척수막에 중대한 염증을 일으키는 질병으로서, 한국표준질병·사인분류 중 <별표4>(중증 세균성수막염 분류표)에서 정한 질병으로 다음 각 호를 모두 만족하는 경우를 말합니다.

1. 척수액에서 세균이 분리배양 되었거나, 척수액에서 세균은 배양되지 않았지만 임상적으로 환자가 명확한 수막 자극 증상이 있으면서 척수액 소견에 백혈구수 증가와 당 감소, 단백증가가 있는 경우
2. 뇌영상 검사상의 이상 소견이 보이는 경우

② 제1항 제2호에서 “뇌영상 검사상의 이상 소견”이라 함은 뇌자기공명영상(MRI), 전산화단층촬영(CT) 등에서 경막하삼출(Subdural effusion), 수두증(뇌수종, Hydrocephalus), 뇌경색(Cerebral infarction), 뇌위축(Brain atrophy), 국소적허혈(Focal infarction), 뇌수막의 조영증강(Meningeal enhancement), 뇌연화증(Cerebromalacia), 뇌부종(Brain edema)의 이상소견이 나타나는 것을 말합니다. 이 때 이 소견들은 “중증 세균성수막염”의 특징적 소견이 발병한 당시 새롭게 출현함을 근거로 하여야 합니다.

③ “중증 세균성수막염”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 해당 분야의 전문의(치과의사, 한의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 진료기록을 기초로 하여 내려져야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “중증 세균성수막염”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조【“다발경화증”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 **“다발경화증”**이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표5>(다발경화증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② "다발경화증"의 진단 확정은 뇌척수액검사(CSF), 자기공명영상(MRI), 뇌유발전위검사(Brain E-P) 등을 근거로 하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서

정한 의료기관에서 해당 분야의 전문의(치과의사, 한의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 기록 결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제5조【"중증 루푸스신염"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 **"중증 루푸스신염"**이란 전신성홍반성루푸스라는 자가면역성 장애에 의한 신장질병의 한 형태로 다음의 2 가지 특징을 보여야 합니다.

1. 사구체여과율(eGFR)이 60mL/min/1.73m^2 미만인 신장기능 손상을 동반할 때
2. 신장 생체검사에 의해 아래의 루푸스신염 ISN/RPS (International Society of Nephrology and Renal Pathology Society) 분류법(2003)에 따른 Class III, IV, V 또는 VI의 증상이 나타날 때

[루푸스신염 ISN/RPS 분류법]

Class Ⅰ: 경미한 사구체간질 루푸스신염(Minimal mesangial lupus nephritis)

Class Ⅱ: 사구체간질 증식성 루푸스신염(Mesangial proliferative lupus nephritis)

Class Ⅲ: 초점성 루푸스신염(Focal lupus nephritis)

Class Ⅳ: 미만성 루푸스신염(Diffuse lupus nephritis)

Class Ⅴ: 막성 루푸스신염(Membranous lupus nephritis)

Class Ⅵ: 진행성 루푸스신염(Advanced sclerosing lupus nephritis)

② "중증 루푸스신염"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 해당 분야의 전문의(치과의사, 한의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 제1항의 제1호 내지 제2호에서 정한 기준을 근거로 명확하게 진단되어야 합니다. 다만, 제1항 제2호에서 정하고 있는 신장 생체검사를 받지 않은 경우 임상학적으로 받아들여지는 기준을 근거로 해당 분야의 전문의에 의해 명확하게 진단되어야 하며, 아래의 두 가지 증상이 모두 나타나야 합니다.

1) 비정상적 소변검사 결과
2) 적절한 면역억제 치료를 받는 중

제6조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(<별표1> "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다. (다만, 각각 최초 1회에 한하여 지급하며, 계약일부터 만2년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 50%를 지급합니다.)

1. 특약의 보험기간 중 피보험자가 제1조("루게릭병(근위축측삭경화증)"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "루게릭병(근위축측삭경화증)"으로 진단 확정된 경우: 루게릭병 진단급여금 지급
2. 특약의 보험기간 중 피보험자가 제2조("중증 재생불량성 빈혈"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "중증 재생불량성 빈혈"으로 진단 확정된 경우: 중증 재생불량성 빈혈 진단급여금 지급
3. 특약의 보험기간 중 피보험자가 제3조("중증 세균성수막염"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "중증

세균성수막염"으로 진단 확정된 경우: 중증 세균성수막염 진단급여금 지급

4. 특약의 보험기간 중 피보험자가 제4조("다발경화증"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "다발경화증"으로 진단 확정된 경우: 다발경화증 진단급여금 지급
5. 특약의 보험기간 중 피보험자가 제5조("중증 루푸스신염"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "중증 루푸스신염"으로 진단 확정된 경우: 중증 루푸스신염 진단급여금 지급

제7조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 피보험자가 특약의 보험기간 중 사망하여 그 후에 "루게릭병(근위축측삭경화증)", "중증 재생불량성 빈혈", "중증 세균성수막염", "다발경화증" 또는 "중증 루푸스신염"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 보아 제6조(보험금의 지급사유)의 해당 보험금을 지급합니다.

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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제9조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (진단서(병명기입), 진료기록부 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제10조【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 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표6> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

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

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

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

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제13조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제11조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제6조(보험금의 지급사유)의 경우에는 피보험자로 합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조【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)에서 규정한 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

사례

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

제13조【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 특약의 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. 특약의 계약을 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(특약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

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

제3관 보험계약의 성립과 유지

제14조【특약의 체결 및 소멸】

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

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

1. 주계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력이 없는 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
2. 피보험자가 사망한 경우
3. 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

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

④ 제2항 제2호 "사망"에는 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

실종선고

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 일정절차에 따라 법원이 사망한 것으로 인정하는 제도

제15조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조【특약 내용의 변경 등】

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 이 특약도 주계약의 변경 내용에 따라 같은 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 계약자가 주계약의 보험수익자를 변경할 때 이 특약도 보험수익자를 변경하여 드립니다. 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

보험금 지급사유가 발생한 경우 회사가 보험금을 지급하는 대상
1) 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 알리기 이전: 변경 전 보험수익자 2) 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 알린 이후: 변경 후 보험수익자 ※ 보험수익자가 변경되었더라도 회사에 알리지 않았다면 회사는 변경된 보험수익자에게 보험금을 지급하지 않을 수 있으니, 보험수익자를 변경할 때에는 회사에 알려주시기 바랍니다.

③ 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액(구좌)을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

감액
보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 보험가입금액(구좌)을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 해지환급금도 줄어듭니다)
해지
현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약 유지를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것

④ 계약자는 특약의 보험기간 중 제6조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

⑤ 회사는 주계약의 계약자를 변경할 때 이 특약도 계약자를 변경하여 드리며, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제17조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말하며, 이 특약을 가입할 때 회사가 정한 보험기간 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제18조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 가입할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

보장개시일

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

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

② 계약자가 제2회 이후 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

납입기일

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

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)

납입최고(독촉)

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

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.

전자서명법 제2조 제2호

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

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

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료된 경우로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 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.

부활(효력회복)

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해지환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제21조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조의2【위법계약의 해지】

① 계약자는「금융소비자보호에 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 특약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 이 특약이 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.

제22조【해지환급금】

① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

보험료 및 책임준비금 산출방법서
'보험료 및 책임준비금 산출방법서'는 보험회사의 기초서류 중 하나로 보험료와 책임준비금 및 해지환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표6> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"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.

제23조【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

무배당보험
무배당보험은 계약자에게 따로 계약자배당금을 지급하지 않는 상품으로, 배당을 하는 유배당 상품에 비하여 상대적으로 저렴한 보험료로 가입할 수 있습니다.

제6관 기타사항

제24조【예금보험에 의한 지급보장】

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

예금자보호법
금융기관이 파산 등의 사유로 예금을 지급할 수 없는 상황에 대처하기 위하여 예금보험제도 등을 효율적으로 운영함으로써 예금자를 보호하고 금융제도의 안정성을 유지하는 데 이바지함을 목적으로 하는 법률

제25조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

<별표1> 보험금 지급기준표

(기준: 1구좌)

⑴ 루게릭병 진단급여금 (약관 제6조 제1호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 루게릭병(근위축측삭경화증)으로 진단확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	계약일부터 2년 미만: 50만원 계약일부터 2년 이후: 100만원

⑵ 중증 재생불량성 빈혈 진단급여금 (약관 제6조 제2호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 중증 재생불량성 빈혈으로 진단 확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	계약일부터 2년 미만: 50만원 계약일부터 2년 이후: 100만원

⑶ 중증 세균성수막염 진단급여금 (약관 제6조 제3호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 중증 세균성수막염으로 진단 확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	계약일부터 2년 미만: 50만원 계약일부터 2년 이후: 100만원

⑷ 다발경화증 진단급여금 (약관 제6조 제4호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 다발경화증으로 진단 확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	계약일부터 2년 미만: 50만원 계약일부터 2년 이후: 100만원

⑸ 중증 루푸스신염 진단급여금 (약관 제6조 제5호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 중증 루푸스신염으로 진단 확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	계약일부터 2년 미만: 50만원 계약일부터 2년 이후: 100만원

<별표2> 루게릭병(근위축측삭경화증) 분류표

약관에서 정하는 루게릭병(근위축측삭경화증)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 정하는 루게릭병(근위축측삭경화증) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
가족성 근위축측삭경화증	G12.20
산발형 근위축측삭경화증	G12.21

㈜ 1. 제9차 개정 이후 약관에서 정하는 루게릭병(근위축측삭경화증)의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 정하는 루게릭병(근위축측삭경화증)에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 정하는 루게릭병(근위축측삭경화증)의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

<별표3> 중증 재생불량성 빈혈 분류표

약관에서 정하는 중증 재생불량성 빈혈로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 정하는 중증 재생불량성 빈혈 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
기타 무형성 빈혈	D61

㈜ 1. 제9차 개정 이후 약관에서 정하는 중증 재생불량성 빈혈의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 정하는 중증 재생불량성 빈혈에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 정하는 중증 재생불량성 빈혈의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

<별표4> 중증 세균성수막염 분류표

약관에서 정하는 중증 세균성수막염으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 정하는 중증 세균성수막염 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
달리 분류되지 않은 세균성수막염	G00
달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01

㈜ 1. 제9차 개정 이후 약관에서 정하는 중증 세균성수막염의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 정하는 중증 세균성수막염에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 정하는 중증 세균성수막염의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

<별표5> 다발경화증 분류표

약관에서 정하는 다발경화증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 정하는 다발경화증 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
다발경화증	G35

㈜ 1. 제9차 개정 이후 약관에서 정하는 다발경화증의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 정하는 다발경화증에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 정하는 다발경화증의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

<별표6> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
루게릭병 진단급여금, 중증 재생불량성 빈혈 진단급여금, 중증 세균성수막염 진단급여금, 다발경화증 진단급여금, 중증 루푸스신염 진단급여금 (제6조)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

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

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 제10조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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