

HEALTHIER, LONGER,
BETTER LIVES

갱신형

무배당 안심되는 초간편 건강보험

1형 (암보장형)

약관을 쉽게 이용할 수 있는

약관 이용 Guide Book



※ 同 Guide Book은 보험약관의 개념 및 구성 등을 간략하게 소개하고,
소비자 입장에서 약관 주요내용 등을 쉽게 찾고 이해할 수 있는 방법을 안내하는 것을 목적으로 함

1 보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로
보험계약자와 **보험회사**의 **권리 및 의무**를 규정하고 있습니다.

특히, **청약철회, 계약취소, 보험금 지급 및 지급제한 사항** 등
보험계약의 **중요사항**에 대한 설명이 들어 있으니 **반드시 확인**하셔야 합니다.

2 한 눈에 보는 약관의 구성

약관 이용 가이드 북
약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록
약관의 구성, 쉽게 찾는 방법 등의 내용을 담고 있는 **지침서**

시각화된 약관 요약서
약관을 쉽게 이해할 수 있도록
계약 주요내용 및 **유의사항** 등을 **시각적 방법**을 이용하여 **간단 요약한 약관**

보험약관 (주계약&특약)
- **주계약**(보통약관) : 기본계약을 포함한 공통 사항을 정한 기본약관
- **특약**(특별약관) : 보통약관에 정한 사항 외 선택가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관

용어해설 및 색인 등
약관 이해를 돕기 위한 어려운 **법률·보험용어**의 **해설**, **관련 법규** 등을 소비자에게 안내

3 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기 (보통약관 기준)

보험약관 핵심사항 등과 관련된 **해당 조문 및 영상자료** 등을 안내드리오니,
보험회사로부터 약관을 수령한 후, 해당 내용을 반드시 **확인·숙지**하시기 바랍니다.

1 보험금 지급 및 지급제한 사항	**제6조**(보험금의 지급사유), **제8조**(보험금을 지급하지 않는 사유)	영상 자료

*본인이 가입한 특약을 확인하여 **가입특약별「보험금 지급사유 및 미지급사유」**도 **반드시 확인**할 필요

2 청약 철회	**제19조**(청약의 철회)	영상 자료
3 계약 취소	**제20조**(약관교부 및 설명의무 등)	영상 자료
4 계약 무효	**제21조**(계약의 무효)	영상 자료
5 계약 前 알릴 의무 및 위반효과	**제16조**(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)	영상 자료
6 보험료 연체 및 해지	**제29조**(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	영상 자료
7 부활(효력회복)	**제30조**(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	영상 자료
8 해약환급금	**제32조**(계약자의 임의해지) **제35조**(해약환급금)	영상 자료
9 보험계약대출	**제36조**(보험계약대출)	영상 자료

4 기타 문의사항

※ 기타 문의사항은 당사 **홈페이지(www.aia.co.kr)**, **고객 콜센터(1588-9898)**로 문의 가능

※ 보험상품 거래단계별 필요한 금융꿀팁 또는 핵심정보 등은
금융감독원 금융소비자정보 포탈(fine.fss.or.kr)에서 확인 가능

쉽게 이해하는

약관 요약서

이 요약서는 그림·도표·아이콘·삽화 등 시각화된 자료를 바탕으로 보험상품 및
약관의 핵심내용을 알기 쉽게 작성한 것입니다.
보다 자세한 사항은 **상품설명서 및 약관을 반드시 확인하시기 바랍니다.**

※ 이 요약서의 내용을 **이해하지 못하고 보험에 가입할 경우 불이익**을 받을 수 있으므로,
동 내용을 반드시 이해하시고 계약체결 여부를 결정하시기 바랍니다.

I. 보험계약의 개요

· 보험회사명 : AIA생명보험 주식회사

· 보험상품명 : 무 안심되는 초간편 건강보험 (갱신형) 1형 (암보장형)

· 보험상품의 종목 : 질병보험

01. 상품의 주요 특징

이 상품은 피보험자의 암진단을 보장하는 암보험 상품이며, 보장성 특약을 부가하여 암 이외의 추가 보장까지 받을 수 있는 상품입니다.
이 상품은 "간편심사" 상품으로 유병력자 또는 연령제한 등 일반심사상품에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다.

※ 가입하는 상품 형에 따라 보장이 구분됩니다.
1형: 암보장형
2형: 2대질병보장형

02. '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

무 안심되는 초간편 건강보험 (갱신형) 1형 (암보장형)

1. **무배당 :** 계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.
2. **갱신형 :** 보험계약 갱신 시 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 보험료가 인상될 수 있습니다.
3. **해약환급금(일반) :** 보험료 납입기간 중 계약을 해지할 경우 해약환급금은 납입보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.
4. **보장성 :** 보장을 주목적으로 하는 보험상품 입니다.
5. **초간편심사형 :** 유병력자 또는 연령제한 등 일반심사상품에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 계약심사과정을 간소화한 상품입니다.
6. **예금자보호(변액 외) :** 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 "1억원까지"(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 "1억원까지" 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.



Ⅱ. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

01. 보험금 지급제한사항

주의 이 보험의 **면책기간, 감액지급, 보장한도 및 자기부담금** 등 **보험금 지급제한 조건**은 아래와 같습니다.
보다 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.

☑ 면책기간

면책기간 보험금 미지급

이 보험에는 **보험금이 지급되지 않는 기간(면책기간)**이 설정된 담보가 있습니다.

▪▪▪ 면책기간 적용 담보

구분	담보명	면책기간
주계약	1. 신일반암진단급여금 2. 유방암·전립선암진단급여금 3. 기타피부암진단급여금 4. 갑상선암진단급여금 5. 대장점막내암진단급여금 6. 제자리암진단급여금 7. 경계성종양진단급여금	가입 후 **90일간** 보장 제외 (단, 기타피부암/갑상선암/ 대장점막내암/제자리암/ 경계성종양은 계약일부터 보장)
(무) 초간편 표적항암약물허가치료특약 (갱신형)	표적항암약물허가치료급여금	가입 후 **90일간** 보장 제외 (단, 기타피부암/갑상선암은 계약일부터 보장)
(무) 초간편 계속받는 표적항암약물허가치료특약 (갱신형)	계속받는 표적항암약물허가치료급여금	가입 후 **90일간** 보장 제외 (단, 기타피부암/갑상선암은 계약일부터 보장)
(무) 초간편 고액암특약 (갱신형)	고액암진단급여금	가입 후 **90일간** 보장 제외
(무) 초간편 암수술특약 (갱신형)	암수술급여금	가입 후 **90일간** 보장 제외 (단, 기타피부암/갑상선암/ 제자리암/경계성종양은 계약일부터 보장)
(무) 초간편 암입원특약 (갱신형)	1. 암직접치료입원급여금 2. 요양병원 암입원급여금	가입 후 **90일간** 보장 제외 (단, 기타피부암/갑상선암/ 제자리암/경계성종양은 계약일부터 보장)
(무) 초간편 신일반암직접치료특약 (갱신형)	암직접치료급여금	가입 후 **90일간** 보장 제외

구분	담보명	면책기간
(무) 초간편 신일반암 제외한 암직접치료특약 (갱신형)	암직접치료급여금	가입 후 **90일간** 보장 제외 (단, 기타피부암/갑상선암/ 대장점막내암/제자리암/ 경계성종양은 계약일부터 보장)
(무) 초간편 암 간병인사용 입원특약 (갱신형)	1. 간병인사용 암입원급여금 (요양병원 제외) 2. 간병인사용 암입원급여금 (요양병원) 3. 간호·간병통합서비스 암입원급여금(요양병원 제외)	가입 후 **90일간** 보장 제외 (단, 기타피부암/갑상선암/ 제자리암/경계성종양은 계약일부터 보장)

감액지급

감액지급 50% [2년 이내]

감액지급 50% [1년 이내]

이 보험에는 **일정기간 보험금이 일부만 지급(감액지급)**되는 담보가 있습니다.

▪▪▪ 감액지급 적용 담보

구분	담보명	감액기간 및 비율
주계약	1. 신일반암진단급여금 2. 유방암·전립선암진단급여금 3. 기타피부암진단급여금 4. 갑상선암진단급여금 5. 대장점막내암진단급여금 6. 제자리암진단급여금 7. 경계성종양진단급여금	가입 후 **1년간** 보험금 **50%** 지급 (최초계약에 한함)
(무) 초간편 급성심근경색증진단특약 (갱신형)	급성심근경색증진단급여금	가입 후 **1년간** 보험금 **50%** 지급 (최초계약에 한함)
(무) 초간편 뇌출혈진단특약 (갱신형)	뇌출혈진단급여금	가입 후 **1년간** 보험금 **50%** 지급 (최초계약에 한함)
(무) 초간편 뇌경색증진단특약 (갱신형)	뇌경색증진단급여금	가입 후 **1년간** 보험금 **50%** 지급 (최초계약에 한함)
(무) 초간편 뇌혈관질환진단특약 (갱신형)	1. 뇌혈관질환진단급여금 2. 뇌출혈진단급여금	가입 후 **1년간** 보험금 **50%** 지급 (최초계약에 한함)
(무) 초간편 허혈성심장질환진단특약 (갱신형)	1. 허혈성심장질환진단급여금 2. 급성심근경색증진단급여금	가입 후 **1년간** 보험금 **50%** 지급 (최초계약에 한함)
(무) 초간편 표적항암약물허가치료특약 (갱신형)	표적항암약물허가치료급여금	가입 후 **1년간** 보험금 **50%** 지급 (최초계약에 한함)
(무) 초간편 계속받는 표적항암약물허가치료특약 (갱신형)	계속받는 표적항암약물허가치료급여금	가입 후 **1년간** 보험금 **50%** 지급 (최초계약에 한함)
(무) 초간편 심뇌혈관질환 수술특약 (갱신형)	1. 심뇌혈관질환 관혈수술급여금 2. 심뇌혈관질환 비관혈수술급여금	가입 후 **1년간** 보험금 **50%** 지급 (최초계약에 한함)
(무) 초간편 고액암특약 (갱신형)	고액암진단급여금	가입 후 **1년간** 보험금 **50%** 지급 (최초계약에 한함)
(무) 초간편 암수술특약 (갱신형)	암수술급여금	가입 후 **1년간** 보험금 **50%** 지급 (최초계약에 한함)
(무) 초간편 암입원특약 (갱신형)	1. 암직접치료입원급여금 2. 요양병원 암입원급여금	가입 후 **1년간** 보험금 **50%** 지급 (최초계약에 한함)
(무) 초간편 심뇌혈관질환 입원특약 (갱신형)	1. 심뇌혈관질환 입원급여금 2. 요양병원 심뇌혈관질환 입원급여금	가입 후 **1년간** 보험금 **50%** 지급 (최초계약에 한함)
(무) 초간편 신일반암직접치료특약 (갱신형)	암직접치료급여금	가입 후 **1년** 이내 진단시 매년 보험금 **50%** 지급 (최초계약에 한함)

구분	담보명	감액기간 및 비율
(무) 초간편 신일반암 제외한 암직접치료특약 (갱신형)	암직접치료급여금	가입 후 **1년** 이내 진단시 매년 보험금 **50%** 지급 (최초계약에 한함)
(무) 초간편 암 간병인사용 입원특약 (갱신형)	1. 간병인사용 암입원급여금 (요양병원 제외) 2. 간병인사용 암입원급여금 (요양병원) 3. 간호·간병통합서비스 암입원급여금(요양병원 제외)	가입 후 **2년간** 보험금 **50%** 지급 (최초계약에 한함)
(무) 초간편 심뇌혈관질환 간병인 사용입원특약 (갱신형)	1. 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외) 2. 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원) 3. 간호·간병통합서비스 심뇌혈관질환 입원급여금 (요양병원 제외)	가입 후 **2년간** 보험금 **50%** 지급 (최초계약에 한함)
(무) 초간편 암심뇌혈관질환 수술후 간병인사용입원특약 (갱신형)	암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외)	가입 후 **2년간** 보험금 **50%** 지급 (최초계약에 한함)

보장한도

보장한도 최초 1회한

보장한도 보험금 지급한도 적용

이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다.

▪▪▪ 보장한도 적용 담보

구분	담보명	보장한도
주계약	1. 신일반암진단급여금 2. 유방암·전립선암진단급여금 3. 기타피부암진단급여금 4. 갑상선암진단급여금 5. 대장점막내암진단급여금 6. 제자리암진단급여금 7. 경계성종양진단급여금	최초 **1회**에 한해 보장
(무) 초간편 급성심근경색증진단특약 (갱신형)	급성심근경색증진단급여금	최초 **1회**에 한해 보장
(무) 초간편 뇌출혈진단특약 (갱신형)	뇌출혈진단급여금	최초 **1회**에 한해 보장
(무) 초간편 뇌경색증진단특약 (갱신형)	뇌경색증진단급여금	최초 **1회**에 한해 보장
(무) 초간편 뇌혈관질환진단특약 (갱신형)	1. 뇌혈관질환진단급여금 2. 뇌출혈진단급여금	최초 **1회**에 한해 보장
(무) 초간편 허혈성심장질환진단특약 (갱신형)	1. 허혈성심장질환진단급여금 2. 급성심근경색증진단급여금	최초 **1회**에 한해 보장
(무) 초간편 표적항암약물허가치료특약 (갱신형)	표적항암약물허가치료급여금	최초 **1회**에 한해 보장
(무) 초간편 계속받는 표적항암약물허가치료특약 (갱신형)	계속받는 표적항암약물허가치료급여금	연간 **1회**에 한해 보장
(무) 초간편 심뇌혈관질환 수술특약 (갱신형)	1. 심뇌혈관질환 관혈수술급여금 2. 심뇌혈관질환 비관혈수술급여금	수술 **1회당** 보장
(무) 초간편 고액암특약 (갱신형)	고액암진단급여금	최초 **1회**에 한해 보장
(무) 초간편 암수술특약 (갱신형)	암수술급여금	수술 **1회당** 보장
(무) 초간편 암입원특약 (갱신형)	1. 암직접치료입원급여금 2. 요양병원 암입원급여금	**1회** 입원당 **120일** 한도, 입원일수 **1일당** 지급 (퇴원없이 계속 입원 시 **180일간** 보장 제외)
(무) 초간편 심뇌혈관질환 입원특약 (갱신형)	1. 심뇌혈관질환 입원급여금 2. 요양병원 심뇌혈관질환 입원급여금	**1회** 입원당 **120일** 한도, 입원일수 **1일당** 지급 (퇴원없이 계속 입원 시 **180일간** 보장 제외)

구분	담보명	보장한도
(무) 초간편 신일반암직접치료특약 (갱신형)	암직접치료급여금	연간 **1회**에 한해 보장 (최대 5회)
(무) 초간편 신일반암 제외한 암직접치료특약 (갱신형)	암직접치료급여금	연간 **1회**에 한해 보장 (최대 5회)
(무) 초간편 암 간병인사용 입원특약 (갱신형)	1. 간병인사용 암입원급여금 (요양병원 제외) 2. 간병인사용 암입원급여금 (요양병원) 3. 간호·간병통합서비스 암입원급여금(요양병원 제외)	**1회** 입원당 사용일수 **180일** 한도, 사용일수 **1일당** 지급 (퇴원없이 계속 입원 시 **180일간** 보장 제외)
(무) 초간편 심뇌혈관질환 간병인 사용입원특약 (갱신형)	1. 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외) 2. 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원) 3. 간호·간병통합서비스 심뇌혈관질환 입원급여금 (요양병원 제외)	**1회** 입원당 사용일수 **180일** 한도, 사용일수 **1일당** 지급 (퇴원없이 계속 입원 시 **180일간** 보장 제외)
(무) 초간편 암심뇌혈관질환 수술후 간병인사용입원특약 (갱신형)	암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외)	수술 1회당 수술 후, 수술일로부터 **365일** 경과 이전 **1회** 입원당 사용일수 **20일** 한도로 보장

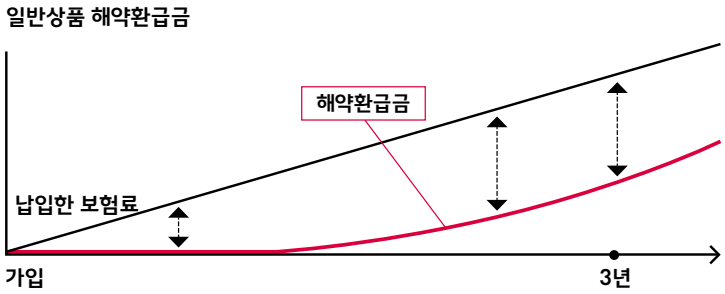
02. 해약환급금에 관한 사항



주의

① 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.

※ 해약환급금 : 납입한 보험료에서 계약체결 · 유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험 보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급



03. 갱신 시 보험료 인상 가능성

◎ 이 보험에는 **갱신 시 보험료가 변동**되는 갱신형 계약이 포함되어 있습니다.



주의

갱신형 계약은 **갱신할 때 마다** 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 **보험료**가 **인상**될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.

갱신 시 보험료가 인상될 수 있는 계약

(무) 안심되는 초간편 건강보험 (갱신형) 1형 (암보장형), (무) 초간편 급성심근경색증진단특약 (갱신형),
(무) 초간편 뇌출혈진단특약 (갱신형), (무) 초간편 뇌경색증진단특약 (갱신형), (무) 초간편 뇌혈관질환진단특약 (갱신형),
(무) 초간편 허혈성심장질환진단특약 (갱신형), (무) 초간편 표적항암약물허가치료특약 (갱신형),
(무) 초간편 계속받는 표적항암약물허가치료특약 (갱신형), (무) 초간편 심뇌혈관질환수술특약 (갱신형),
(무) 초간편 고액암특약 (갱신형), (무) 초간편 암수술특약 (갱신형), (무) 초간편 암입원특약 (갱신형),
(무) 초간편 심뇌혈관질환입원특약 (갱신형), (무) 초간편 신일반암직접치료특약 (갱신형),
(무) 초간편 신일반암 제외한 암직접치료특약 (갱신형), (무) 초간편 암 간병인사용입원특약 (갱신형),
(무) 초간편 심뇌혈관질환 간병인사용입원특약 (갱신형), (무) 초간편 암심뇌혈관질환 수술후 간병인사용입원특약 (갱신형)

04. 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

보장성보험



주의

① 이 보험은 질병 보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며, **저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.**

② 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.

③ 가입한 특약의 경우 **주계약**과 **보험기간이 다를 수 있습니다.**
특약별 보험기간을 꼼꼼히 확인하시기 바랍니다.

유병력자보험



주의

① 이 보험은 **질병을 앓고 있거나 과거 병력이 있는 소비자**가 간단한 심사절차를 통해 가입할 수 있는 상품입니다.

② **일반심사상품보다 보험료가 비싸므로 건강한 일반인이 가입하는 경우 불리할 수 있습니다.**

예금자보호제도에 관한 사항



주의

(변액보험 이외)

① 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 **1인당 "1억원까지"**(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 **1인당 "1억원까지"** 보호됩니다.

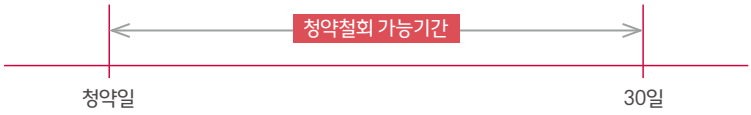
② 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

III. 보험계약의 일반사항

본 내용은 보험상품 전체에 대한 일반사항에 대한 내용으로 상품별 내용은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.

01. 청약을 철회할 수 있는 권리

◎ 보험계약자는 **청약을 한 날부터 30일 이내**에 **청약**을 **철회**할 수 있으며, 이 경우 회사는 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



주의 **[청약철회가 불가한 경우]**

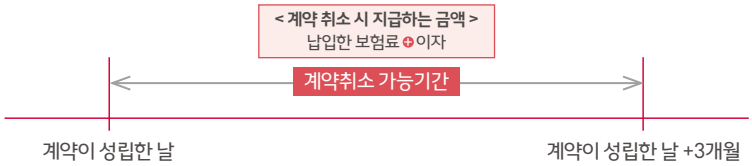
① **청약일부터 30일**(만 65세 이상 보험계약자 & 전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 **초과**한 경우

② 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 **90일 이내인 계약** 또는 **전문금융소비자가 체결한 계약**

02. 보험계약을 취소할 수 있는 권리

◎ 보험계약자는 다음의 경우 계약이 성립한 날부터 **3개월 이내**에 계약을 **취소**할 수 있습니다.

- ☑ 보험계약을 청약할 때 **보험약관** 및 **보험계약자 보관용 청약서**를 전달받지 못한 경우
- ☑ **보험약관**의 **중요내용**을 설명 받지 못한 경우
- ☑ 청약서에 **자필서명**을 하지 않은 경우



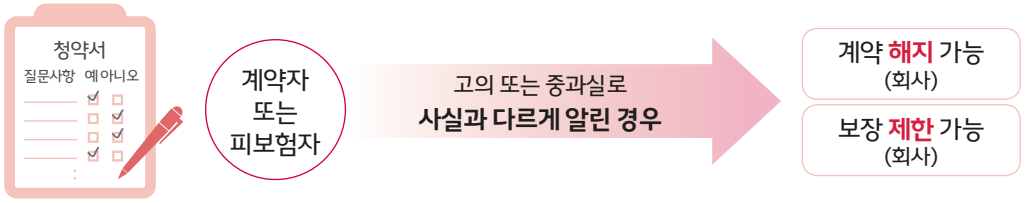
03. 보험계약의 무효

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

- ☑ 타인의 사망을 보장하는 보험계약에서 피보험자의 서면동의를 얻지 않은 경우
- ☑ 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 단, 의사능력이 있는 심신박약자의 경우 제외
- ☑ 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우
- ☑ 회사의 사업방법서에서 정한 간편심사상품의 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사상품 가입을 희망하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약심사를 통하여 가입하고 간편심사상품의 계약 무효를 계약자가 원하는 경우

04. 보험계약 前 알릴의무 및 위반시 효과

◎ 보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 청약할 때 **청약서**의 **질문사항(과거 또는 현재의 질병 치료사실)**에 대하여 **사실대로 알려야 합니다.**



주의

① 청약서의 질문사항에 대하여 **보험설계사**에게만 **구두**로 알렸을 경우 **보험계약 前 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.**

② **전화 등 통신수단을 통한 보험계약**의 경우 **보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항**을 **대신**하므로 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.

민원 사례

A씨는 고지혈증, 당뇨병으로 90일간 투약처방 받은 사실을 **보험설계사에게만 알려주고, 청약서에 기재하지 않은 채** ○○질병보험에 가입하였으며, 가입 이후 1년간 **당뇨병으로 통원치료를 받아 보험금을 청구**

» 보험회사는 **보험계약이 해지됨과 동시에 보험금 지급이 어려움을 안내**

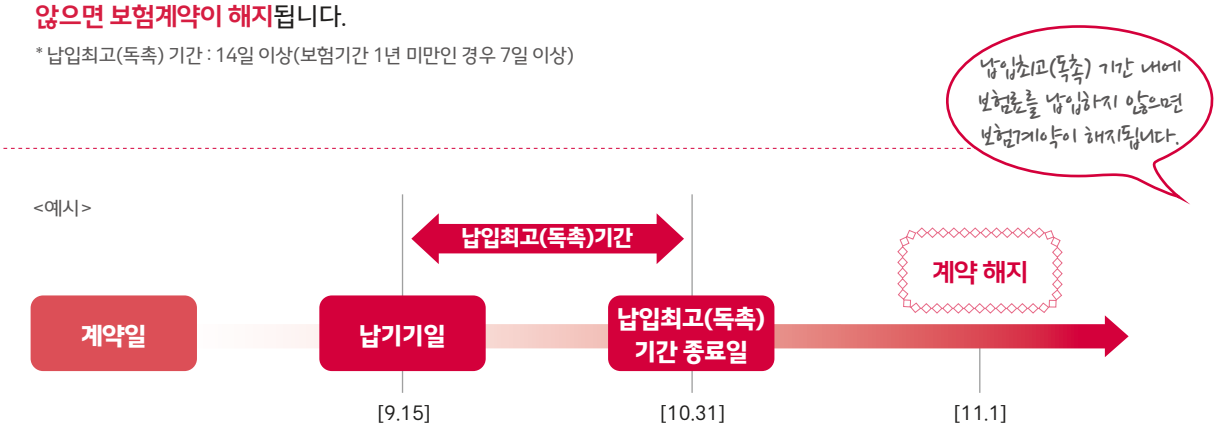
법률 지식

[대법원 2007. 6. 28. 선고 2006다59837]
일반적으로 보험설계사는 독자적으로 보험회사를 대리하여 보험계약을 체결할 권한이나 고지의무를 수령할 권한이 없음

05. 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

◎ 보험료 납입이 연체 중인 경우 보험회사는 납입을 독촉하는 안내를 하며, **납입최고(독촉) 기간 내**에 **보험료**를 **납입하지 않으면 보험계약이 해지**됩니다.

* 납입최고(독촉) 기간 : 14일 이상(보험기간 1년 미만인 경우 7일 이상)

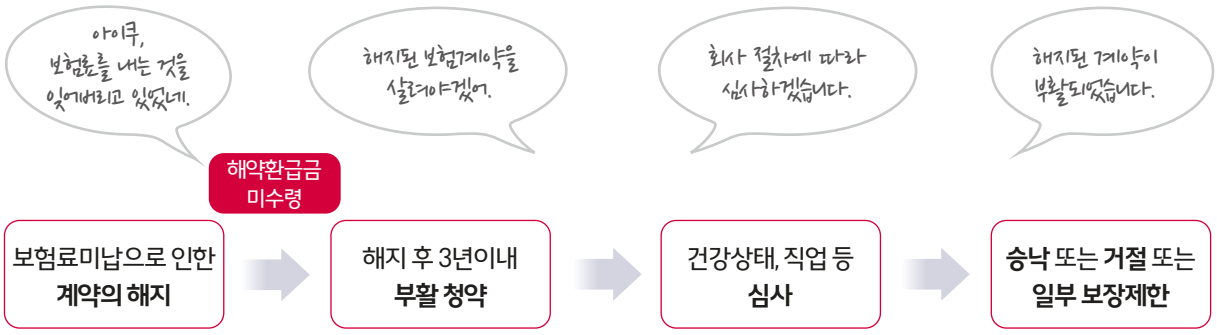


☑ 납입연체 : ① 보험료 납입이 연체 중이거나 ② 유니버셜 상품에서 월대체보험료를 충당할 수 없는 경우

06. 해지된 보험계약의 부활 (효력회복)

◎ 보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 **해약환급금을 받지 않은 경우** 해지된 날부터 **3년 이내**에 보험계약의 **부활(효력회복)을 청약**할 수 있습니다.

주의 보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, **부활(효력회복)**을 **거절**하거나 **보장**의 **일부**를 **제한**할 수 있습니다.



07. 보험계약대출

◎ 보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

주의

① **상환하지 않은 보험계약대출금** 및 **이자**는 **해약환급금** 또는 **보험금**에서 **차감**될 수 있습니다.

② **순수보장성보험** 등 보험상품 종류에 따라 **보험계약대출**이 **제한**될 수 있습니다.

③ 보험계약자는 대출신청 전에 **보험계약대출이율**을 **반드시 확인**하시기 바랍니다.

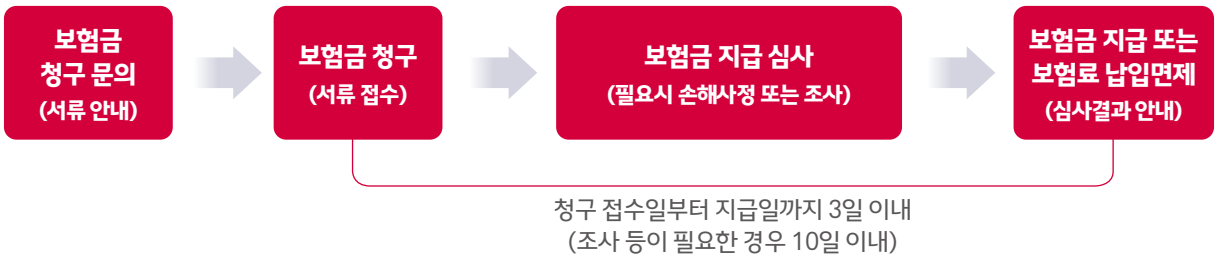
<예시>

환급금 내역서				
해약환급금	공제금액			실 수령액
	원금	이자	계	
1,000만원	500만원	5만원	505만원	495만원



08. 보험금 청구절차 및 서류

◎ **보험금**은 청구서류 접수일부터 **3영업일 이내**에 지급하는 것이 원칙입니다.
(보험금 지급사유 또는 보험료 납입 면제사유의 조사나 확인이 필요한 경우 10영업일이 소요될 수 있습니다.
단, 정해진 기간을 초과하여 보험금을 지급하는 경우 지연이자를 더하여 지급하여 드립니다.)



주의 보험금 청구서류는 보험금 청구서 양식의 "보험금 청구서류 안내"를 확인하시거나 고객센터에 문의해 주시기 바랍니다.

보험금 청구서류

구분	진단서	입·퇴원확인서	수술확인서	통원확인서	진단사실 확인서류	공통
사망	● (사망진단서)					- 보험금 청구서 - 신분증 - 통장사본 (수익자 명의)
장해	● (장해진단서)					
진단	●				● (검사결과지 등)	
입원	△	●				
수술	△		●			
실손	△	●	●	●		

주) 보험사고의 종류, 내용 등에 따라 의무기록지, 진료비 세부내역서 등 추가서류가 필요할 수 있습니다.
실손 통원비 청구금액 10만원 이하인 경우 진단서 대신 질병코드가 기재된 처방전으로 대체할 수 있습니다.
보험계약상 실명이 기재된 수익자가 아닌 경우 관계확인 서류가 반드시 필요합니다.

▶ MY AIA 바로가기

개인신용정보 제공 · 이용에 대한 고객 권리 안내

이 고객권리안내문은 고객님께서 개인신용정보의 제공·이용에 대하여 동의하신 내용과 관련된 고객님의 권리를 알려 드리기 위한 것입니다. 당사는 고객님의 개인신용정보를 체계적으로 관리·보호하기 위하여 내부적으로 '개인신용정보 관리·보호인'을 지정 운영하고 있으며, 「개인신용정보 관리·보호 지침」을 마련하여 시행하고 있습니다.
고객님의 개인신용정보는 고객님이 동의한 목적만으로 이용되며, 제휴회사 등에 대한 정보의 제공·이용 동의여부와 관계없이 금융서비스를 이용하실 수 있습니다. 다만, 제휴·부가서비스 등을 위해 제휴회사 등에 제공하는 것 및 금융상품 소개 및 구매권유(이하 '마케팅')목적으로 이용하는 것에 동의하지 않으신 경우 제휴·부가서비스 및 신상품·서비스 소개 등은 제공받지 못할 수도 있습니다.

AIA 생명의 고의 또는 과실 등 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님에게 발생한 손해에 대해 관계 법령 등에 따라 보상 받으실 수 있습니다.

(1) 금융서비스 이용 범위

가. 고객님의 개인신용정보는 금융거래의 설정과 금융거래의 유지여부 판단 목적 및 고객이 동의한 목적만으로 이용됩니다.

나. 고객님은 영업점 또는 인터넷 등 다양한 채널을 통해 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 제공받는 과정에서 1) 금융회사가 본인의 개인신용정보(이하 '본인정보')를 제휴·부가서비스 등을 위해 제휴회사 등에 제공하는 것 및 2) 금융회사가 금융상품 소개 및 구매권유(이하 '마케팅') 목적으로 이용하는 것에 대해 동의를 하지 않는 경우에도 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 이용하실 수 있습니다. **다만, 이러한 동의를 하지 않으신 경우에는 제휴·부가서비스 및 신상품과 서비스 등을 제공받지 못할 수도 있습니다.**

(2)「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」상의 고객 권리

가. 본인정보의 제3자 제공사실 통보 요구

고객님은 **「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제35조**에 따라 금융회사가 본인정보를 생명보험협회, 전국은행연합회, 신용조회회사, 타 금융회사 등 제3자에게 제공한 경우 제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려주도록 금융회사에 요구할 수 있습니다.

▪ **신청방법**

- 전　화 : 1588-9898 (고객센터)
- 인터넷 : www.AIA.CO.KR
- 방　문 : 본사 및 가까운 지점으로 내방
- 서　면 : 서울특별시 중구 통일로2길 16 (순화동 216) AIA TOWER 25층 계약보전부

나. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

고객님은 **「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제36조**에 따라 금융회사가 전국은행연합회, 신용조회회사 등으로부터 제공받은 연체정보 등에 근거하여 금융거래를 거절 또는 중지하는 경우에는 그 거절 또는 중지의 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭, 주소, 연락처 등을 고지해 줄 것을 금융회사에 요구할 수 있습니다.

다. 본인정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

고객님은 **「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제37조**에 따라 가입 신청 시 동의를 한 경우에도 본인정보를 제3자에게 제공하는 것 및 당해 금융회사가 마케팅 목적으로 본인에게 연락하는 것을 전체 또는 사안별로 중단 시킬 수 있습니다. (다만, 고객님의 신용도 등을 평가하기 위해 전국은행연합회 또는 신용조회회사 등에 제공하는 것에 대해서는 중단시킬 수 없습니다.)

▪ **신청방법**

- 전　화 : 1588-9898 (고객센터)
- 인터넷 : www.AIA.CO.KR
- 방　문 : 본사 및 가까운 지점으로 내방
- 서　면 : 서울특별시 중구 통일로2길 16 (순화동 216) AIA TOWER 25층 계약보전부

※ 신청자 제한 : 신용정보 주체에 한하며, 신규 거래고객은 계약 체결일로부터 3개월간은 신청 할 수 없습니다. (신용정보주체의 배우자 등 가족, 제3자는 신청불가)

라. 본인정보의 열람 및 정정 요구

고객님은**「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제38조**에 따라 전국은행연합회, 신용조회회사, 금융회사 등이 보유한 본인정보에 대해 열람 청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우에는 이의 정정 및 삭제를 요구할 수 있으며, 그 처리결과에 이의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

▪ **신청방법**

- 전　화 : 1588-9898 (고객센터)
- 인터넷 : www.AIA.CO.KR
- 방　문 : 본사 및 가까운 지점으로 내방
- 서　면 : 서울특별시 중구 통일로2길 16 (순화동 216) AIA TOWER 25층 계약보전부

마. 본인정보의 무료 열람 요구

고객은**「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제39조**에 따라 본인정보를 신용조회회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

▪ 나이스신용평가정보(주) :	☎ 02-2122-4000	인터넷 www.nice.co.kr
▪ 서울신용평가정보(주) :	☎ 1577-1006	인터넷 www.sci.co.kr
▪ 코리아크레딧뷰로(주) :	☎ 02-708-6000	인터넷 www.koreacb.com

(3) 위의 권리행사와 관련하여 불편함을 느끼시거나 애로가 있으신 경우 아래의 담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

- **당사 신용정보관리·보호담당자 연락처 : 02-2259-9384**
- **생명보험협회 개인정보보호인 연락처 : 02-2262-6600**
- **금융감독원 개인정보보호담당자 연락처 : 민원실(국번없이) 1332**

※ 통신판매 계약의 경우 음성녹음에 의하여 체결되었으며, 추후 필요에 따라 고객님께서 저희 회사 고객상담실(1588-9898)로 요청하시면 음성녹음을 재확인하실 수 있습니다.

무배당 안심되는 초간편 건강보험 (갱신형) 1형 (암보장형) 약관

◈ 목 차 ◈

무배당 안심되는 초간편 건강보험 (갱신형) 1형(암보장형) 약관 5

제1관 목적 및 용어의 정의 5

제1조【목적】 5
제2조【용어의 정의】 5

제2관 보험금의 지급 7

제3조【“신일반암”, “유방암”, ”전립선암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”의 정의 및 진단확정】 7
제4조【“제자리암”의 정의 및 진단확정】 8
제5조【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】 8
제6조【보험금의 지급사유】 9
제7조【보험금 지급에 관한 세부규정】 10
제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】 11
제9조【보험금 지급사유의 발생통지】 11
제10조【보험금의 청구】 11
제11조【보험금의 지급절차】 12
제12조【주소변경통지】 13
제13조【보험수익자의 지정】 13
제14조【대표자의 지정】 13

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 13

제15조【계약 전 알릴 의무】 13
제16조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 14
제17조【사기에 의한 계약】 15

제4관 보험계약의 성립과 유지 15

제18조【보험계약의 성립】 15
제19조【청약의 철회】 16

제20조【약관교부 및 설명의무 등】 17
제21조【계약의 무효】 18
제22조【계약내용의 변경 등】 18
제23조【계약의 갱신】 19
제24조【보험나이 등】 20
제25조【계약의 소멸】 21

제5관 보험료의 납입 21

제26조【제1회 보험료 및 회사의 보장개시】 21
제27조【제2회 이후 보험료의 납입】 22
제28조【보험료의 자동대출납입】 22
제29조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】 23
제30조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】 24
제31조【강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)】 24

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 25

제32조【계약자의 임의해지】 25
제32조의2【위법계약의 해지】 25
제33조【중대사유로 인한 해지】 25
제34조【회사의 파산선고와 해지】 26
제35조【해약환급금】 26
제36조【보험계약대출】 26
제37조【배당금의 지급】 26

제7관 분쟁의 조정 등 27

제38조【분쟁의 조정】 27
제39조【관할법원】 27
제40조【소멸시효】 27
제41조【약관의 해석】 27
제42조【설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력】 28
제43조【회사의 손해배상책임】 28
제44조【개인정보보호】 28
제45조【준거법】 29

제46조【예금보험에 의한 지급보장】 29
<별표1> 보험금 지급기준표 30
<별표2> 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (유방암, 전립선암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외) 32
<별표3> 제자리의 신생물 분류표 34
<별표4> 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 35
<별표5> 재 해 분 류 표 36
<별표6> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 38

무배당 안심되는 초간편 건강보험 (갱신형) 1형(암보장형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【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.
   - 바. 최초계약: 계약이 최초로 체결되는 경우에 이를 “최초계약”이라 합니다.
   - 사. 갱신계약: 최초계약 보험기간 만료 후 제23조(계약의 갱신)에 따라 계약이 갱신되는 경우에 이를 “갱신계약”이라 합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   - 가. 재해: <별표5> 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   - 나. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액(구좌) 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.

이자 계산법

이자는 계산법에 따라 단리와 복리로 나눕니다. 단리는 원금에 대해서만 이자를 계산하는 방법이고, 복리는 (원금+이자)에 대하여 이자를 계산하는 방법입니다.

예시) 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 2년 후 원리금 계산법은?

■ 단리계산법: 100원 + (100원×10%) + (100원×10%) = 120원
원금 1년차 이자 2년차 이자

이자 계산법

■ 복리계산법: 100원 + (100원×10%) + [100원+(100원×10%)]×10% = 121원
원금 1년차 이자 2년차 이자

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결(갱신)시점의 이율을 말합니다.

평균공시이율

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

다. 해약환급금: 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 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

관공서의 공휴일에 관한 규정

제2조(공휴일)
관공서의 공휴일은 다음과 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. (삭제)
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 제2조 제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.
1. 제2조 제2호 또는 제7호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
2. 제2조 제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
3. 제2조 제2호 · 제4호 · 제7호 또는 제9호의 공휴일이 토요일 · 일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우
② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.
③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.
※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조【"신일반암", "유방암", "전립선암", "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암"의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에서 **"신일반암"**이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표2> (대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(유방암, 전립선암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C50(유방의 악성신생물(암)), 분류번호 C61(전립선의 악성신생물(암)), 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암)), 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암)), 제6항에서 정한 "대장점막내암" 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 계약에서 **"유방암"**이란 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

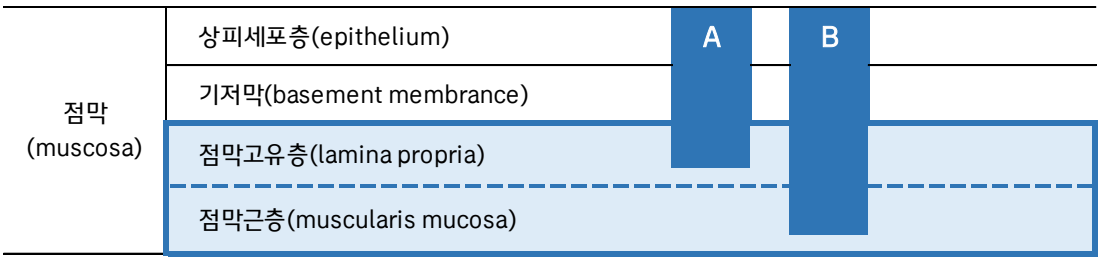
③ 이 계약에서 **"전립선암"**이란 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 계약에서 **"기타피부암"**이란, 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 계약에서 **"갑상선암"**이란, 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 계약에서 **"대장점막내암"**이란, 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장의 악성신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

대장점막내암 예시



(■ : 악성종양세포 침범깊이)

A : 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

B : 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑦ "신일반암", "유방암", "전립선암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "대장점막내암"의 진단확정은 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 하며, 이 경우 “신일반암”, “유방암”, “전립선암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제 7 항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “신일반암”, “유방암”, “전립선암”, “기타피부암”, “갑상선암” 또는 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<'제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

유의사항

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

설명

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물(암))이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물(암))이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물(암))이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조【“제자리암”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에서 **“제자리암”**이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표3>(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② “제자리암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "제자리암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에서 **“경계성종양”**이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표4>(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② “경계성종양”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리 학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조【보험금의 지급사유】

회사는 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(<별표1> “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다. (다만, 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 최초계약의 경우 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 진단확정시에는 50%를 지급합니다)

1. 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 피보험자가 제3조(“신일반암”, “유방암”, “전립선암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “신일반암”으로 진단 확정된 경우: 신일반암진단급여금
2. 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 피보험자가 제3조(“신일반암”, “유방암”, “전립선암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”의 정의 및 진단확정) 제2항 및 제3항에서 정한 “유방암” 또는 “전립선암”으로 진단 확정된 경우: 유방암·전립선암진단급여금
3. 보험기간 중 피보험자가 제3조(“신일반암”, “유방암”, “전립선암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 “기타피부암”으로 진단확정된 경우: 기타피부암진단급여금
4. 보험기간 중 피보험자가 제3조(“신일반암”, “유방암”, “전립선암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”의 정의 및 진단확정) 제5항에서 정한 “갑상선암”으로 진단확정된 경우: 갑상선암진단급여금
5. 보험기간 중 피보험자가 제3조(“신일반암”, “유방암”, “전립선암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”의 정의 및 진단확정) 제6항에서 정한 “대장점막내암”으로 진단확정된 경우: 대장점막내암진단급여금
6. 보험기간 중 피보험자가 제4조(“제자리암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “제자리암”으로 진단확정된 경우: 제자리암진단급여금
7. 보험기간 중 피보험자가 제5조(“경계성종양”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “경계성종양”으로 진단확정된 경우: 경계성종양진단급여금

암보장개시일

“신일반암”, “유방암” 및 “전립선암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만,

갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 하며, 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

부활(효력회복)

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

제7조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 제6조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 신일반암진단급여금 또는 제6조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 유방암·전립선암진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제23조(계약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 “신일반암, 유방암, 전립선암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 보아 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.

④ 갱신계약의 경우, 보험기간 중 피보험자에게 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일부터 지급사유 발생일 사이에 보험금이 지급된 “신일반암, 유방암, 전립선암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양”과 동일한 암으로 진단되는 경우(이미 보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금이 지급된 계약 직후 체결된 갱신계약의 보장개시일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 그 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 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.

의료법 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 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.

⑦ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 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 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하거나 보험료 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

제9조【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조【보험금의 청구】

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

1. 청구서 (회사양식)

2. 사고증명서 (사망진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제11조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제10조(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 지급사유 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 <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 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 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항 및 제7항에 따라 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유에 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 제16조(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.

제12조【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 변경 내용을 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.

제13조【보험수익자의 지정】

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

제14조【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.

설명

계약자가 2명 이상인 경우에는 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 계약자들이 연대(連帶)하여 부담합니다.

【연대(連帶)】

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

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제15조【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사

항에 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 계약 전 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.

제16조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제15조(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 한가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초계약을 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 처리 결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 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.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌) 등이 조정될 수 있습니다.
④ 제15조(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.
⑥ 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. (다만, 부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제17조【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 보험료를 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제18조【보험계약의 성립】

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액(구좌) 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

보험가입금액(구좌)의 제한
피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액(구좌)을 제한하는 방법
일부보장 제외(부담보)
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법
보험금 삭감

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법

보험료 할증

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험정도에 따라 주계약 보험료 이외에 특별보험료를 부가하는 방법

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 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제19조【청약의 철회】

① 계약자는 청약을 한 날부터 30일(다만, 만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다) 이내에 청약을 철회할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

전문금융소비자

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

일반금융소비자

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

③ 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.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산

한 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.

보험계약대출이율

보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.aia.co.kr)의 공시실 → 적용이율 → 보험계약대출이율에서 확인할 수 있습니다.

⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제20조【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 지체없이 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, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 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 다음 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

법정상속인은 피상속인의 사망으로 인하여 민법의 규정에 의한 상속순서에 따라 상속받는 자

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제21조【계약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일부터 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정한 암보장개시일 이전에 제3조(“신일반암”, “유방암”, “전립선암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 “신일반암”, “유방암” 또는 “전립선암”으로 진단 확정된 경우
3. 회사의 사업방법서에서 정한 간편심사상품의 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사상품 가입을 희망하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약심사를 통하여 가입하고 간편심사상품의 계약 무효를 계약자가 원하는 경우

제22조【계약내용의 변경 등】

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

1. 보험료의 납입주기 및 납입방법
2. 보험가입금액(구좌)
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.

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 제1항 제2호에 따라 보험가입금액(구좌)을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

감액
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 보험가입금액(구좌)을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어듭니다)
해지
현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약 유지를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것
계약자적립액
장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 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)으로 동의하여야 합니다.

상법시행령 제44조의2
제44조의2(타인의 생명보험) 법 제731조 제1항에 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 제731조 제1항에 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 ※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

⑤ 회사는 제1항 제3호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제23조【계약의 갱신】

① 계약자가 보험료 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 연체된 보험료 및 갱신 후 계약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 한하여 이 계약은 갱신되어 계속 유지됩니다.

납입최고(독촉)
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

② 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에 이 계약은 갱신되지 않습니다.

1. 계약자가 보험기간 만료일 15일전까지 이 계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
2. 갱신되는 계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 나이가 100세가 되는 계약해당일을 초과하는 경

우

3. 계약의 보험기간 중 피보험자에게 제6조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 신일반암진단급여금 지급사유가 발생한 경우

③ 제1항에 따라 계약이 갱신되는 경우 갱신 전 계약과 동일한 보험기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신계약의 피보험자의 가입나이가 90세를 초과하는 경우 5년 만기로 갱신합니다.

④ 제3항에도 불구하고 갱신일부터 최종으로 갱신되는 보험기간 만료일까지의 기간이 5년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종으로 갱신되는 보험기간 만료일까지를 보험기간으로 합니다.

⑤ 제1항에 따라 계약이 갱신되는 경우에 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 등은 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신시의 기초율(이율 및 위험률 등)을 적용합니다.

⑥ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 계약이 갱신되는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

⑦ 회사는 갱신되는 계약의 변경 내용 및 갱신되는 계약의 보험료 등을 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.

⑧ 이 계약에 부가된 특약은 이 계약을 갱신하지 않을 경우 더 이상 갱신되지 않습니다.

제24조【보험나이 등】

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

해당연도의 계약해당일이 없는 경우 예시
계약일이 2020년 2월 29일인 경우 2021년의 계약해당일은 2021년 2월 28일로 합니다.

③ 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 사항이 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 사실과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

④ 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전후의 계약자적립액 또는 해약환급금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

보험나이 계산 예시	
생년월일: 1986년 9월 18일	
사례1) 계약일: 2019년 1월 18일 2019년 1월 18일 - 1986년 9월 18일 만 32년 4월 0일 → 보험나이 32세	사례2) 계약일: 2019년 4월 20일 2019년 4월 20일 - 1986년 9월 18일 만 32년 7월 2일 → 보험나이 33세

제25조【계약의 소멸】

① 피보험자의 사망 또는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없을 경우에 이 계약은 그 때부터 더 이상 효력이 없습니다. 이때 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" (이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

보험료 및 해약환급금 산출방법서

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

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.

실종선고

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

③ 회사는 제1항에 따라 사망 당시의 계약자적립액을 지급할 때 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표6> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제5관 보험료의 납입

제26조【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. 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제16조(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 보험가입금액(구좌)의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다. 이때, 초과 청약액에 해당하는 보험료는 돌려드립니다.

⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

⑥ 제1항, 제2항 및 제5항에도 불구하고 제3조(“신일반암”, “유방암”, ”전립선암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 “신일반암”, “유방암” 및 “전립선암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 하며, 이 계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제27조【제2회 이후 보험료의 납입】

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제28조【보험료의 자동대출납입】

① 계약자는 제29조(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 제36조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 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 해약환급금(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 자동대출납입을 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 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

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

제29조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】

① 계약자가 제2회 이후의 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 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

② 회사가 제1항에 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 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

③ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에「보험업감독규정」제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제30조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】

① 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율 + 1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 이 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제15조(계약 전 알릴 의무), 제16조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제17조(사기에 의한 계약), 제18조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항 및 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제16조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제31조【강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)】

① 회사는 계약자의 해약환급금 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 제22조(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.

강제집행
국가의 공권력을 행사하여 사법상의 청구권을 강제적으로 실현시키기 위한 절차
담보권실행
채무자가 채무를 갚지 않을 경우, 채권자가 채무이행을 확보할 수 있도록 제공된 담보로부터 손해를 변상 받는 절차
국세 및 지방세 체납처분절차
국세 및 지방세를 납부할 기한까지 납부하지 않는 경우에 국세징수법 또는 지방세기본법에 따라 행하는 강제 징수 처분 및 그 절차

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제32조【계약자의 임의해지】

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조의2【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 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제35조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제33조【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

입원특약에 가입한 피보험자가 20일간 입원했음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 입원일수 20일에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제34조【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 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 드립니다.

제35조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 계약의 산출방법서에 따라 계산합니다. 또한, 미경과보험료가 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금 및 미경과보험료를 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표6> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제32조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제36조【보험계약대출】

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 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, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 회사는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

보험계약대출이율

보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.aia.co.kr)의 공시실 → 적용이율 → 보험계약대출이율에서 확인할 수 있습니다.

제37조【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

무배당보험

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

제7관 분쟁의 조정 등

제38조【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 포함한다)을 요구할 수 있습니다.

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제39조【관할법원】

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

제40조【소멸시효】

보험금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다. 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.

소멸시효

일정기간 동안 권리를 행사하지 않으면, 그 권리가 없어지는 법적효과를 가져오는 제도입니다. 원칙적으로 보험사고가 발생한 후 3년간(예를 들면, 2017년 1월 1일에 보험사고 발생시 2020년 1월 1일까지) 보험금 등을 청구하지 않는 경우 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제41조【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.

제42조【설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력】

① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 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.

제43조【회사의 손해배상책임】

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 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 지급 여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

현저하게 공정을 잃은 합의
당사자의 궁박, 경솔 또는 무경험으로 인하여 현저하게 공정을 잃어 무효인 합의를 말합니다.

제44조【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.

개인정보 보호법
개인정보의 처리 및 보호에 관한 사항을 정함으로써 개인의 자유와 권리를 보호하고, 나아가 개인의 존엄과 가치를 구현하기 위해 제정된 법률을 말합니다.
신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률
신용정보업을 건전하게 육성하고 신용정보의 효율적 이용과 체계적 관리를 도모하며 신용정보의 오용·남용으로부터 사생활의 비밀 등을 적절히 보호함으로써 건전한 신용질서의 확립에 이바지하기 위해 제정된 법률을 말합니다.

제45조【준거법】

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

제46조【예금보험에 의한 지급보장】

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

<별표1> 보험금 지급기준표

(기준: 1구좌)

⑴ 신일반암진단급여금 (약관 제6조 제1호)

지 급 사 유	보험기간 중 암보장개시일 이후에 피보험자가 “신일반암”으로 진단확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	최초계약의 계약일부터 1년 미만: 5만원 최초계약의 계약일부터 1년 이후: 10만원

⑵ 유방암·전립선암진단급여금 (약관 제6조 제2호)

지 급 사 유	보험기간 중 암보장개시일 이후에 피보험자가 “유방암” 또는 “전립선암”으로 진단확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	최초계약의 계약일부터 1년 미만: 1만원 최초계약의 계약일부터 1년 이후: 2만원

⑶ 기타피부암진단급여금 (약관 제6조 제3호)

지 급 사 유	보험기간 중 피보험자가 “기타피부암”으로 진단확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	최초계약의 계약일부터 1년 미만: 5천원 최초계약의 계약일부터 1년 이후: 1만원

⑷ 갑상선암진단급여금 (약관 제6조 제4호)

지 급 사 유	보험기간 중 피보험자가 “갑상선암”으로 진단확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	최초계약의 계약일부터 1년 미만: 5천원 최초계약의 계약일부터 1년 이후: 1만원

⑸ 대장점막내암진단급여금 (약관 제6조 제5호)

지 급 사 유	보험기간 중 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	최초계약의 계약일부터 1년 미만: 5천원 최초계약의 계약일부터 1년 이후: 1만원

⑹ 제자리암진단급여금 (약관 제6조 제5호)

지 급 사 유	보험기간 중 피보험자가 “제자리암”으로 진단확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	최초계약의 계약일부터 1년 미만: 5천원 최초계약의 계약일부터 1년 이후: 1만원

⑺ 경계성종양진단급여금 (약관 제6조 제6호)

지 급 사 유	보험기간 중 피보험자가 “경계성종양”으로 진단확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	최초계약의 계약일부터 1년 미만: 5천원 최초계약의 계약일부터 1년 이후: 1만원

㈜ 1. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 하며, 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

2. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 1년 미만(최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 삭감과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

3. 갱신계약의 경우, 보험기간 중 피보험자에게 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일부터 지급사유 발생일 사이에 보험금이 지급된 “신일반암, 유방암, 전립선암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양”과 동일한 암으로 진단되는 경우(이미 보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

4. 보험료 납입기간 중 피보험자가 제6조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 신일반암진단급여금 또는 제6조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 유방암·전립선암진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 그러나, 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 계약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

<별표2> 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (유방암, 전립선암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

약관에서 정하는 악성신생물(암)로 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 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45-C49
7. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51-C58
8. 음경의 악성신생물(암)	C60
9. 고환의 악성신생물(암)	C62
10. 기타 및 상세불명의 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C63
11. 요로의 악성신생물(암)	C64-C68
12. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69-C72
13. 부신의 악성신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
15. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80
16. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81-C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
18. 진성 적혈구 증가증	D45
19. 골수 형성이상 증후군	D46
20. 만성 골수증식 질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

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

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

3. 유방의 악성신생물(암)(분류번호 C50), 전립선의 악성신생물(암)(분류번호 C61), 기타 피부의 악성

신생물(암)(분류번호 C44) 및 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)은 상기 분류표에서 제외합니다.

4. 소화기관의 악성신생물(암)(분류번호 C15~C26)의 경우 제3조(“신일반암”, “유방암”, ”전립선암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”의 정의 및 진단확정) 제6항에서 정한 “대장점막내암”은 상기 분류표에서 제외합니다.
5. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<별표3> 제자리의 신생물 분류표

약관에서 정하는 제자리의 신생물로 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 제자리의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대 상 신 생 물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세 불명 부위의 제자리암종	D09

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

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

<별표4> 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 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 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

㈜ 1. 제9차 개정 이후 약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 만성 골수증식질환(분류번호 D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(분류번호 D47.3), 골수섬유증(분류번호 D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](분류번호 D47.5)은 "9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물"에 포함되지 않는 것으로 보아 상기 분류표에서 제외됩니다.

<별표5> 재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 제1급감염병

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

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

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)

- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자에게 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)

④ “자연의 힘에 노출(X30~X39)” 중 급격한 액체손실로 인한 탈수

⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

㈜ 1. ( ) 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 상의 분류번호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 정하는 재해 해당 여부를 판단합니다.

2. 제9차 개정 이후 약관에서 정하는 재해의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 정하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되더라도 약관에서 정하는 재해의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

4. 위 “1. 보장대상이 되는 재해” ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, “2. 보험금을 지급하지 않는 재해” ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다

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

<별표6> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
신일반암진단급여금, 유방암·전립선암진단급여금, 기타피부암진단급여금, 갑상선암진단급여금, 대장점막내암진단급여금, 제자리암진단급여금, 경계성종양진단급여금 (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%)
해약환급금 (제35조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50% 1년초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

㈜ 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제40조)가 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.

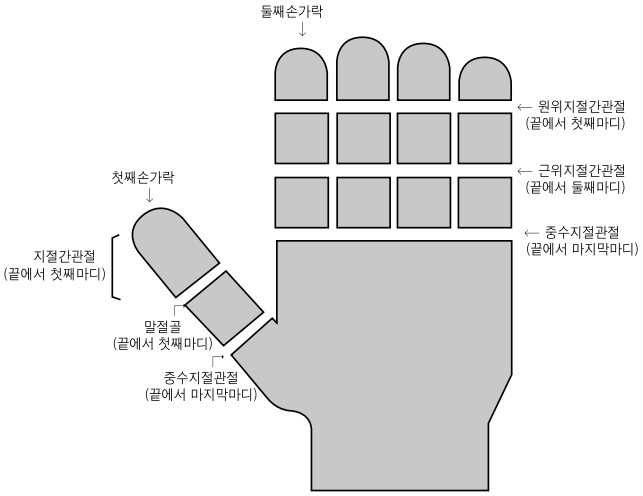
3. 계약의 소멸(제25조 제1항)에서 사망 당시의 계약자적립액을 지급함에 있어 지급기일의 다음날부터 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
   ① 지급기일의 다음 날부터 30일이내 기간: 보험계약대출이율
   ② 지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(4%)
   ③ 지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(6%)
   ④ 지급기일의 91일이후 기간: 보험계약대출이율+가산이율(8%)

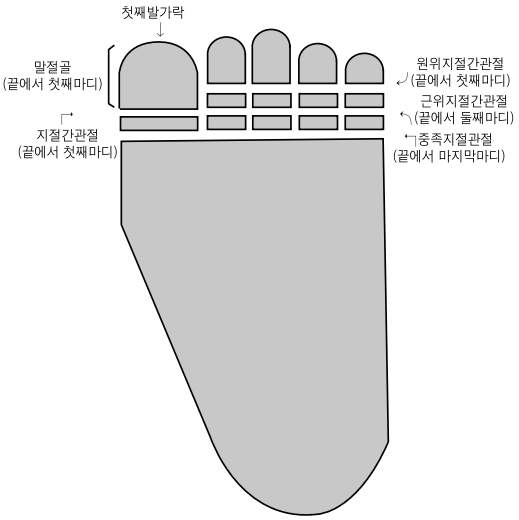
4. 가산이율 적용시 제11조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

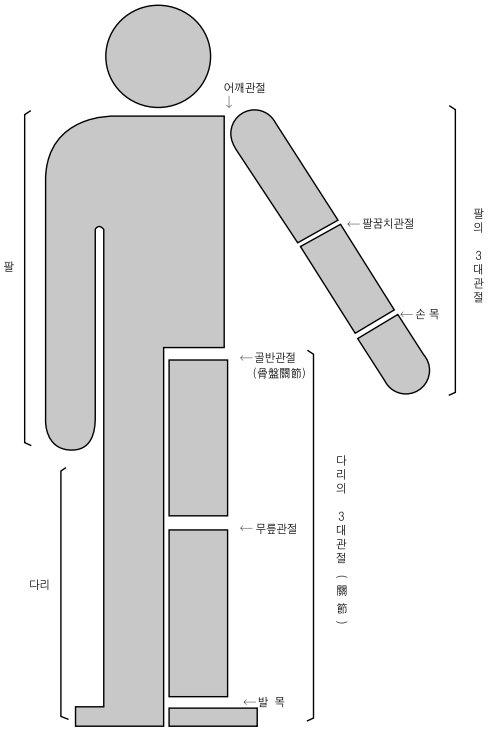
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

신체부위의 설명도


둘째손가락
원위지절간관절
(끝에서 첫째마디)
근위지절간관절
(끝에서 둘째마디)
중수지절관절
(끝에서 마지막마디)
첫째손가락
지절간관절
(끝에서 첫째마디)
말절골
(끝에서 첫째마디)
중수지절관절
(끝에서 마지막마디)


첫째발가락
말절골
(끝에서 첫째마디)
지절간관절
(끝에서 첫째마디)
원위지절간관절
(끝에서 첫째마디)
근위지절간관절
(끝에서 둘째마디)
중족지절관절
(끝에서 마지막마디)


어깨관절
팔
팔꿈치관절
손 목
팔의 3대관절
골반관절
(骨盤關節)
무릎관절
다리
발 목
다리의 3대관절(關節)

특 약

- **무배당 초간편 급성심근경색증진단특약 (갱신형)**.....
- **무배당 초간편 뇌출혈진단특약 (갱신형)**.....
- **무배당 초간편 뇌경색증진단특약 (갱신형)**.....
- **무배당 초간편 뇌혈관질환진단특약 (갱신형)**.....
- **무배당 초간편 허혈성심장질환진단특약 (갱신형)**.....
- **무배당 초간편 표적항암약물허가치료특약 (갱신형)**.....
- **무배당 초간편 계속받는 표적항암약물허가치료특약 (갱신형)**.....
- **무배당 초간편 심뇌혈관질환수술특약 (갱신형)**.....
- **무배당 초간편 고액암특약 (갱신형)**.....
- **무배당 초간편 암수술특약 (갱신형)**.....
- **무배당 초간편 암입원특약 (갱신형)**.....
- **무배당 초간편 심뇌혈관질환입원특약 (갱신형)**.....
- **무배당 초간편 신일반암직접치료특약 (갱신형)**.....
- **무배당 초간편 신일반암 제외한 암직접치료특약 (갱신형)**.....
- **무배당 초간편 암 간병인사용입원특약 (갱신형)**.....
- **무배당 초간편 심뇌혈관질환 간병인사용입원특약 (갱신형)**.....
- **무배당 초간편 암심뇌혈관질환 수술후 간병인사용입원특약 (갱신형)**.....
- **지정대리청구서비스특약** .....
- **장애인전용보험전환특약** .....

※특약의 페이지 시작 번호는 각 특약마다 다릅니다.

무배당 초간편 급성심근경색증진단특약 (갱신형)

약관

◈ 목 차 ◈

무배당 초간편 급성심근경색증진단특약(갱신형) 약관 4

제1관 보험금의 지급 4

제1조【"급성심근경색증"의 정의 및 진단확정】 4
제2조【보험금의 지급사유】 5
제3조【보험금 지급에 관한 세부규정】 5
제4조【보험금을 지급하지 않는 사유】 5
제5조【보험금의 청구】 6
제6조【보험금의 지급절차】 6
제7조【보험수익자의 지정】 7

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 7

제8조【계약 전 알릴 의무】 7
제9조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 7

제3관 보험계약의 성립과 유지 9

제10조【특약의 체결 및 소멸】 9
제11조【피보험자의 범위】 9
제12조【특약 내용의 변경 등】 10
제13조【특약의 갱신】 10
제14조【특약의 보험기간】 11

제4관 보험료의 납입 11

제15조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 11
제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 12
제17조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 13

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등 13

제18조【계약자의 임의해지】 13
제18조의2【위법계약의 해지】 13
제19조【해약환급금】 14
제20조【배당금의 지급】 14

제6관 기타사항 14

제21조【예금보험에 의한 지급보장】 14
제22조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】 14
<별표1> 보험금 지급기준표 15
<별표2> 급성심근경색증 분류표 16
<별표3> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 17

무배당 초간편 급성심근경색증진단특약(갱신형) 약관

제1관 보험금의 지급

제1조【“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정】

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

② “급성심근경색증”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 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심근효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우, 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 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

의료법 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 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【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “급성심근경색증”으로 진단 확정된 경우에는 보험수익자에게 약정한 급성심근경색증진단급여금(<별표1> “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다. (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 최초계약의 경우 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 진단확정시에는 50%를 지급합니다)

제3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

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

② 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하여 그 후에 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 보아 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단급여금을 지급합니다. 다만, 회사가 이미 피보험자의 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

계약자적립액
장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제2조(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.

제4조【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 제2조(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

제5조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 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.

제6조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제5조(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 <별표3> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제5조(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 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제3조(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 제9조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험

금 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.

제7조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제2조(보험금의 지급사유)의 경우에는 피보험자로 합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제8조【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 계약 전 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.

제9조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제8조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과

다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)

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

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

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.

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 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 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.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌) 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제8조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. (다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.)

부활(효력회복)

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

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조【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 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
2. 피보험자가 사망한 경우
   이 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서” (이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 드립니다.

보험료 및 해약환급금 산출방법서

‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’는 보험회사의 기초서류 중 하나로 보험료와 계약자적립액 및 해약환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.

3. 이 약관에서 규정하는 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 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

⑤ 이 특약이 주계약의 최초 체결시 함께 부가할 경우에는 이를 “최초계약”이라 하며, 이 후 특약의 보험기간 만료후 제13조(특약의 갱신)에 따라 특약이 갱신되는 경우에는 이를 “갱신계약”이라 합니다.

⑥ 회사는 제2항 제2호에 따라 사망 당시의 계약자적립액을 지급할 때 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표3> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제11조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조【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 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

감액
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 보험가입금액(구좌)을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 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 제2조(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.

제13조【특약의 갱신】

① 이 특약은 계약자가 이 특약의 보험료 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 특약의 연체된 보험료 및 갱신 후 특약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 한하여 갱신되어 계속 유지됩니다.

납입최고(독촉)
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

② 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 계약자가 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
2. 갱신되는 특약의 보험기간 만료일이 주계약의 보험기간 만료일을 초과하거나 피보험자의 나이가 100세가 되는 계약해당일을 초과하는 경우

3. 이 특약의 주계약이 갱신계약임에도 불구하고 주계약이 갱신되지 않는 경우
4. 특약의 보험기간 중 피보험자에게 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단급여금의 지급사유가 발생한 경우

③ 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우에 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 등은 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신시의 기초율(이율 및 위험률 등)을 적용합니다.

④ 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우 특약의 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

⑤ 회사는 갱신되는 특약의 변경 내용 및 갱신되는 특약의 보험료 등을 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.

제14조【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 하며, 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 특약의 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지의 기간이 10년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 5년 만기 갱신으로 하며, 5년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 갱신일부터 최종으로 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조【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 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제2항에서 주계약의 보험료와 함께 특약의 보험료를 선납하는 경우에는 특약의 잔여 보험료 납입기간을 초과하는 기간에 해당하는 특약의 보험료를 선납할 수 없습니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 특약을 준용합니다.

납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

③ 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.

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 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 회사가 제3항에 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 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑤ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것

5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

⑥ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제17조【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 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제19조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제18조의2【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 제19조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금

을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제19조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다. 또한, 미경과보험료가 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금 및 미경과보험료를 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표3> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제18조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제20조【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

제21조【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

제22조【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)

■ 급성심근경색증진단급여금 (약관 제2조)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	10만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 급성심근경색증진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 5만원을 지급합니다)

㈜ 1. 특약의 보험기간 중 피보험자가 급성심근경색증으로 진단확정된 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

2. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 1년 미만(최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 삭감과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

<별표2> 급성심근경색증 분류표

약관에서 정하는 급성심근경색증으로 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 급성심근경색증 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

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

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

.

<별표3> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
급성심근경색증 진단급여금 (제2조)	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%)
해약환급금 (제19조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신) 시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신) 시점의 평균공시이율)의 40%
	청구일의 다음날부터 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. 특약의 체결 및 소멸(제10조 제2항 제2호)에서 사망 당시의 계약자적립액을 지급함에 있어 지급기일의 다음날부터 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

① 지급기일의 다음 날부터 30일이내 기간: 보험계약대출이율

② 지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(4%)

③ 지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(6%)

④ 지급기일의 91일이후 기간: 보험계약대출이율+가산이율(8%)

4. 가산이율 적용시 제6조(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.

6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 초간편 뇌출혈진단특약(갱신형) 약관

◈ 목 차 ◈

무배당 초간편 뇌출혈진단특약(갱신형) 약관 4

제1관 보험금의 지급 4

제1조【"뇌출혈"의 정의 및 진단확정】 4
제2조【보험금의 지급사유】 4
제3조【보험금 지급에 관한 세부규정】 5
제4조【보험금을 지급하지 않는 사유】 5
제5조【보험금의 청구】 5
제6조【보험금의 지급절차】 6
제7조【보험수익자의 지정】 7

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 7

제8조【계약 전 알릴 의무】 7
제9조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 7

제3관 보험계약의 성립과 유지 9

제10조【특약의 체결 및 소멸】 9
제11조【피보험자의 범위】 9
제12조【특약 내용의 변경 등】 10
제13조【특약의 갱신】 10
제14조【특약의 보험기간】 11

제4관 보험료의 납입 11

제15조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 11
제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 12
제17조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 13

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등 13

제18조【계약자의 임의해지】 13
제18조의2【위법계약의 해지】 13
제19조【해약환급금】 14
제20조【배당금의 지급】 14

제6관 기타사항 14

제21조【예금보험에 의한 지급보장】 14
제22조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】 14
<별표1> 보험금 지급기준표 15
<별표2> 뇌출혈 분류표 16
<별표3> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 17

무배당 초간편 뇌출혈진단특약(갱신형) 약관

제1관 보험금의 지급

제1조【“뇌출혈”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 “뇌출혈”이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표2>(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈은 제외됩니다.

② “뇌출혈”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 해당 분야의 전문의(치과의사, 한의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출전산화단층촬영(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 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

의료법 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 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【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제1조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌출혈”로 진단확정된 경우에는 보험수익자에게 약정한 뇌출혈진단급여금(<별표1> “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니

다. (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 최초계약의 경우 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 진단확정시에는 50%를 지급합니다)

제3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

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

② 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하여 그 후에 뇌출혈을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 보아 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단급여금을 지급합니다. 다만, 회사가 이미 피보험자의 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

계약자적립액
장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제2조(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.

제4조【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 제2조(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

제5조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)

2. 사고증명서 (사망진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 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.

제6조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제5조(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 <별표3> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제5조(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 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제3조(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 제9조(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.

제7조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제2조(보험금의 지급사유)의 경우에는 피보험자로 합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제8조【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 계약 전 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.

제9조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제8조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였

거나 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.

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.

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 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 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.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌) 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제8조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. (다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.)

부활(효력회복)

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

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조【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 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
2. 피보험자가 사망한 경우
   이 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서” (이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 드립니다.

보험료 및 해약환급금 산출방법서

‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’는 보험회사의 기초서류 중 하나로 보험료와 계약자적립액 및 해약환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.

3. 이 약관에서 규정하는 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 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

⑤ 이 특약이 주계약의 최초 체결시 함께 부가할 경우에는 이를 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료후 제13조(특약의 갱신)에 따라 특약이 갱신되는 경우에는 이를 “갱신계약”이라 합니다.

⑥ 회사는 제2항 제2호에 따라 사망 당시의 계약자적립액을 지급할 때 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표3> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제11조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조【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 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

감액
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 보험가입금액(구좌)을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 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 제2조(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.

제13조【특약의 갱신】

① 이 특약은 계약자가 이 특약의 보험료 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 특약의 연체된 보험료 및 갱신 후 특약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 한하여 갱신되어 계속 유지됩니다.

납입최고(독촉)
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

② 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 계약자가 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
2. 갱신되는 특약의 보험기간 만료일이 주계약의 보험기간 만료일을 초과하거나 피보험자의 나이가 100세가 되는 계약해당일을 초과하는 경우

3. 이 특약의 주계약이 갱신계약임에도 불구하고 주계약이 갱신되지 않는 경우
4. 특약의 보험기간 중 피보험자에게 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단급여금의 지급사유가 발생한 경우

③ 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우에 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 등은 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신시의 기초율(이율 및 위험률 등)을 적용합니다.

④ 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우 특약의 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

⑤ 회사는 갱신되는 특약의 변경 내용 및 갱신되는 특약의 보험료 등을 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.

제14조【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 하며, 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 특약의 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지의 기간이 10년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 5년 만기 갱신으로 하며, 5년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 갱신일부터 최종으로 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조【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 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제2항에서 주계약의 보험료와 함께 특약의 보험료를 선납하는 경우에는 특약의 잔여 보험료 납입기간을 초과하는 기간에 해당하는 특약의 보험료를 선납할 수 없습니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 특약을 준용합니다.

납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

③ 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.

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 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 회사가 제3항에 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 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑤ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것

5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

⑥ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제17조【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 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제19조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제18조의2【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 제19조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금

을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제19조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다. 또한, 미경과보험료가 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금 및 미경과보험료를 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표3> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제18조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제20조【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

제21조【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

제22조【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)

■ 뇌출혈진단급여금 (약관 제2조)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 뇌출혈로 진단 확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	10만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 뇌출혈진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 5만원을 지급합니다)

㈜ 1. 특약의 보험기간 중 피보험자가 뇌출혈로 진단확정된 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

2. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 1년 미만(최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 삭감과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

<별표2> 뇌출혈 분류표

약관에서 정하는 뇌출혈로 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 뇌출혈 해당 여부를 판단합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈은 제외됩니다.

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

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

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

<별표3> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
뇌출혈진단급여금 (제2조)	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%)
해약환급금 (제19조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신) 시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신) 시점의 평균공시이율)의 40%
	청구일의 다음날부터 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. 특약의 체결 및 소멸(제10조 제2항 제2호)에서 사망 당시의 계약자적립액을 지급함에 있어 지급기일의 다음날부터 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

① 지급기일의 다음 날부터 30일이내 기간: 보험계약대출이율

② 지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(4%)

③ 지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(6%)

④ 지급기일의 91일이후 기간: 보험계약대출이율+가산이율(8%)

4. 가산이율 적용시 제6조(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.

6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 초간편 뇌경색증진단특약 (갱신형)
약 관

◈ 목 차 ◈

무배당 초간편 뇌경색증진단특약 (갱신형) 약관 4

제1관 보험금의 지급 4

제1조【"뇌경색증"의 정의 및 진단확정】..... 4
제2조【보험금의 지급사유】..... 5
제3조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... 5
제4조【보험금을 지급하지 않는 사유】..... 5
제5조【보험금의 청구】..... 6
제6조【보험금의 지급절차】..... 6
제7조【보험수익자의 지정】..... 7

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 7

제8조【계약 전 알릴 의무】..... 7
제9조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】..... 7

제3관 보험계약의 성립과 유지 9

제10조【특약의 체결 및 소멸】..... 9
제11조【피보험자의 범위】..... 9
제12조【특약 내용의 변경 등】..... 10
제13조【특약의 갱신】..... 10
제14조【특약의 보험기간】..... 11

제4관 보험료의 납입 11

제15조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】..... 11
제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】..... 12
제17조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】..... 13

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등 13

제18조【계약자의 임의해지】..... 13

제18조의2【위법계약의 해지】 13
제19조【해약환급금】 14
제20조【배당금의 지급】 14

제6관 기타사항 14

제21조【예금보험에 의한 지급보장】 14
제22조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】 14
<별표1> 보험금 지급기준표 15
<별표2> 뇌경색증 분류표 16
<별표3> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 17

무배당 초간편 뇌경색증진단특약 (갱신형) 약관

제1관 보험금의 지급

제1조【"뇌경색증"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "뇌경색증"이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표2>(뇌경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증(old asymptomatic lacunar infarction), 진구성 뇌경색(old infarction) 및 일과성 뇌허혈발작(transient ischemic attack)은 제외됩니다.

② "뇌경색증"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 해당 분야의 전문의(치과의사, 한의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 확산강조영상(DWI), 뇌혈관조영술 등 뇌영상검사에서 뇌경색증의 급성발병을 나타내는 이상소견을 근거로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

의료법 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 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【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제1조(“뇌경색증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌경색증”으로 진단 확정된 경우에는 보험수익자에게 약정한 뇌경색증진단급여금(<별표1> “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다. (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 최초계약의 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 뇌경색증진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 50%를 지급합니다)

제3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

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

② 피보험자가 특약의 보험기간 중 사망하여 그 후에 뇌경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 보아 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌경색증진단급여금을 지급합니다. 다만, 회사가 이미 피보험자의 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

계약자적립액
장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제2조(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.

제4조【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 제2조(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

제5조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 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.

제6조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제5조(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 <별표3> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제5조(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 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제3조(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 제9조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험

금 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.

제7조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제2조(보험금의 지급사유)의 경우에는 피보험자로 합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제8조【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 계약 전 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.

제9조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제8조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과

다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)

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

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

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.

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 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 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.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌) 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제8조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. (다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

부활(효력회복)

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

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조【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 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
2. 피보험자가 사망한 경우
   이 경우 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서” (이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
3. 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

보험료 및 해약환급금 산출방법서

‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’는 보험회사의 기초서류 중 하나로 보험료와 계약자적립액 및 해약환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.

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

⑤ 이 특약이 주계약의 최초 체결시 함께 부가할 경우에는 이를 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료후 제13조(특약의 갱신)에 따라 특약이 갱신되는 경우에는 이를 “갱신계약”이라 합니다.

⑥ 회사는 제2항 제2호에 따라 사망 당시의 계약자적립액을 지급할 때 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표3> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제11조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조【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 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

감액
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 보험가입금액(구좌)을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 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 제2조(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.

제13조【특약의 갱신】

① 이 특약은 계약자가 이 특약의 보험료 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 특약의 연체된 보험료 및 갱신 후 특약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 한하여 갱신되어 계속 유지됩니다.

납입최고(독촉)
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

② 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 계약자가 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
2. 갱신되는 특약의 보험기간 만료일이 주계약의 보험기간 만료일을 초과하거나 피보험자의 나이가 100세가 되는 계약해당일을 초과하는 경우

3. 이 특약의 주계약이 갱신계약임에도 불구하고 주계약이 갱신되지 않는 경우
4. 특약의 보험기간 중 피보험자에게 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌경색증진단급여금의 지급사유가 발생한 경우

③ 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우에 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 등은 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신시의 기초율(이율 및 위험률 등)을 적용합니다.

④ 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우 특약의 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

⑤ 회사는 갱신되는 특약의 변경 내용 및 갱신되는 특약의 보험료 등을 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.

제14조【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 하며, 갱신 시 회사가 정한 방법에 따라 특약의 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지의 기간이 10년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 5년 만기 갱신으로 하며, 5년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 갱신일부터 최종으로 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조【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 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제2항에서 주계약의 보험료와 함께 특약의 보험료를 선납하는 경우에는 특약의 잔여 보험료 납입기간을 초과하는 기간에 해당하는 특약의 보험료를 선납할 수 없습니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 특약을 준용합니다.

납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

③ 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.

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 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 회사가 제3항에 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 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑤ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것

5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

⑥ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제17조【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 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제19조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제18조의2【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 제19조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제19조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다. 또한, 미경과보험료가 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금 및 미경과보험료를 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표3> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제18조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제20조【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

제21조【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

제22조【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)

■ 뇌경색증진단급여금 (약관 제2조)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 뇌경색증으로 진단확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	100만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 뇌경색증진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 상기 금액의 50%를 지급합니다)

㈜ 1. 특약의 보험기간 중 피보험자가 뇌경색증으로 진단확정된 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

2. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 1년 미만(최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 삭감과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

<별표2> 뇌경색증 분류표

약관에서 정하는 뇌경색증으로 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 뇌경색증 해당 여부를 판단합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매, '과거 무증상성 열공성 뇌경색증(old asymptomatic lacunar infarction)', 진구성 뇌경색(old infarction) 및 일과성 뇌허혈발작(transient ischemic attack)은 제외됩니다.

대 상 질 병 명	분류번호
뇌경색증	I63

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

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

<별표3> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
뇌경색증진단급여금 (제2조)	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%)
해약환급금 (제19조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신) 시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신) 시점의 평균공시이율)의 40%
	청구일의 다음날부터 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. 특약의 체결 및 소멸(제10조 제2항 제2호)에서 사망 당시의 계약자적립액을 지급함에 있어 지급기일의 다음날부터 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

① 지급기일의 다음 날부터 30일이내 기간: 보험계약대출이율

② 지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(4%)

③ 지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(6%)

④ 지급기일의 91일이후 기간: 보험계약대출이율+가산이율(8%)

4. 가산이율 적용시 제6조(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.

6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한

날로 봅니다.

무배당 초간편 뇌혈관질환진단특약(갱신형)
약 관

◈ 목 차 ◈

무배당 초간편 뇌혈관질환진단특약(갱신형) 약관 4

제1관 보험금의 지급 4

제1조【"뇌혈관질환", "뇌출혈"의 정의 및 진단확정】..... 4
제2조【보험금의 지급사유】..... 5
제3조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... 5
제4조【보험금을 지급하지 않는 사유】..... 6
제5조【보험금의 청구】..... 6
제6조【보험금의 지급절차】..... 6
제7조【보험수익자의 지정】..... 7

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 7

제8조【계약 전 알릴 의무】..... 8
제9조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】..... 8

제3관 보험계약의 성립과 유지..... 9

제10조【특약의 체결 및 소멸】..... 9
제11조【피보험자의 범위】..... 10
제12조【특약 내용의 변경 등】..... 10
제13조【특약의 갱신】..... 11
제14조【특약의 보험기간】..... 12

제4관 보험료의 납입 12

제15조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】..... 12
제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】..... 12
제17조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】..... 13

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등 14

제18조【계약자의 임의해지】 14
제18조의2【위법계약의 해지】 14
제19조【해약환급금】 14
제20조【배당금의 지급】 15

제6관 기타사항 15

제21조【예금보험에 의한 지급보장】 15
제22조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】 15
<별표1> 보험금 지급기준표 16
<별표2> 뇌혈관질환 분류표 18
<별표3> 뇌출혈 분류표 19
<별표4> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 20

무배당 초간편 뇌혈관질환진단특약(갱신형) 약관

제1관 보험금의 지급

제1조【“뇌혈관질환”, “뇌출혈”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 “뇌혈관질환”이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표2>(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매, 일과성 뇌허혈발작 및 한국표준질병·사인분류 질병코딩 지침서에 의하여 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 이 특약에서 “뇌출혈”이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표3>(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈은 제외됩니다.

③ “뇌혈관질환” 및 “뇌출혈”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 해당 분야의 전문의(치과의사, 한의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌혈관질환 또는 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

의료법 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 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【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 1회의 진단 확정에 한하여 지급하며, 최초계약의 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 진단확정시에는 50%를 지급합니다)

1. 특약의 보험기간 중 피보험자가 제1조(“뇌혈관질환”, “뇌출혈”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “뇌혈관질환”으로 진단확정된 경우: 뇌혈관질환진단급여금 지급
2. 특약의 보험기간 중 피보험자가 제1조(“뇌혈관질환”, “뇌출혈”의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 “뇌출혈”로 진단확정된 경우: 뇌출혈진단급여금 지급

제3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 특약의 보험료 납입기간 중 제2조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 뇌혈관질환진단급여금의 지급사유가 발생한 경우 또는 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 그러나, 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제2조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 보험기간 중 해당 지급사유 발생시 제2조(보험금의 지급사유) 제1호의 뇌혈관질환진단급여금을 더하여 지급합니다. 다만, 최초계약의 계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제1호의 뇌혈관질환진단급여금의 지급사유가 이미 발생한 경우에는 뇌혈관질환진단급여금을 더하여 지급하지 않습니다.

③ 특약의 보험기간 중 피보험자에게 제2조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 뇌혈관질환진단급여금 지급사유가 발생하고 제2조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 뇌출혈진단급여금에 대한 지급사유가 발생하지 않은 경우, 제13조(특약의 갱신) 제3항에서 정한 “뇌출혈보장형”으로 갱신됩니다.

④ 피보험자가 특약의 보험기간 중 사망하여 그 후에 뇌혈관질환 또는 뇌출혈을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 보아 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 뇌출혈의 경우 회사가 이미 피보험자의 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

계약자적립액
장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(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.

⑥ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하거나 보험료 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

제5조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제5조(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 지급사유 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 <별표4> “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 제5조(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. 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항 및 제6항에 따라 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유에 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 제9조(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.

제7조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제2조(보험금의 지급사유)의 경우에는 피보험자로 합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제8조【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 계약 전 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.

제9조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제8조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때

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

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 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 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 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.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌) 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제8조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. (다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

부활(효력회복)

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

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조【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 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

2. 피보험자가 사망한 경우

   이 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서” (이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

보험료 및 해약환급금 산출방법서

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

3. 제2조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 뇌출혈진단급여금 지급사유가 발생한 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

⑤ 회사는 제2항 제2호에 따라 사망 당시의 계약자적립액을 지급할 때 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표4> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 이 특약이 주계약의 최초 체결 시 함께 부가할 경우에는 이를 "최초계약"이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료 후 제13조(특약의 갱신)에 의하여 특약이 갱신되는 경우에는 이를 "갱신계약"이라 합니다.

제11조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조【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 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

감액

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 보험가입금액(구좌)을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어듭니다)

해지

현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약 유지를 포기하여 만기일 이전에 계약 관계를 청산하는 것

④ 계약자는 특약의 보험기간 중 제2조(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.

제13조【특약의 갱신】

① 이 특약은 계약자가 이 특약의 보험료 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 특약의 연체된 보험료 및 갱신 후 특약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 한하여 갱신되어 계속 유지됩니다.

납입최고(독촉)

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

② 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 계약자가 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
2. 갱신되는 특약의 보험기간 만료일이 주계약의 보험기간 만료일을 초과하거나 피보험자의 나이가 100세가 되는 계약해당일을 초과하는 경우
3. 특약의 보험기간 중 피보험자에게 제2조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 뇌출혈진단급여금의 지급사유가 발생한 경우
4. 이 특약의 주계약이 갱신계약임에도 불구하고 주계약이 갱신되지 않는 경우

③ 특약의 보험기간 중 피보험자에게 제2조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 뇌혈관질환진단급여금 지급사유가 발생된 후 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 뇌출혈진단급여금만을 보장하는 뇌출혈보장형(이하 “뇌출혈보장형”이라 합니다)으로 갱신되며, 이후의 갱신계약도 “뇌출혈보장형”으로 갱신됩니다.

④ 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우에 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 등은 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신시의 기초율(이율 및 위험률 등)을 적용합니다.

⑤ 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우 특약의 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

⑥ 회사는 갱신되는 특약의 변경 내용 및 갱신되는 특약의 보험료 등을 특약의 보험기간 만료일 30일 전

까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.

제14조【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 하며, 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 특약의 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지의 기간이 10년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 5년 만기 갱신으로 하며, 5년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 갱신일부터 최종으로 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조【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 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제2항에서 주계약의 보험료와 함께 특약의 보험료를 선납하는 경우에는 특약의 잔여 보험료 납입기간을 초과하는 기간에 해당하는 특약의 보험료를 선납할 수 없습니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

보장개시일

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

제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 특약을 준용합니다.

납입기일

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지

않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

③ 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.

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 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 회사가 제3항에 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 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑤ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

⑥ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조【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 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제19조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제18조의2【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 제19조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제19조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다. 또한, 미경과보험료가 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.
② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를

접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금 및 미경과보험료를 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표4> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제18조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제20조【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

제21조【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

제22조【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

[최초계약]

(1) 기본형

(기준: 1구좌)

■ 뇌혈관질환진단급여금 (약관 제2조 제1호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단 확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	최초계약의 계약일부터 1년 미만 5만원 최초계약의 계약일부터 1년 이후 10만원

■ 뇌출혈진단급여금 (약관 제2조 제2호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 뇌출혈로 진단 확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	최초계약의 계약일부터 1년 미만 7만5천원 최초계약의 계약일부터 1년 이후 15만원

㈜ 1. 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 제2조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 뇌혈관질환진단급여금의 지급사유가 발생한 경우 또는 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 그러나, 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

2. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 1년미만(최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 삭감과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

3. 뇌출혈진단급여금의 경우 뇌혈관질환진단급여금을 더하여 지급합니다. 다만, 최초계약의 계약일부터 뇌혈관질환진단급여금의 지급사유가 이미 발생한 경우에는 뇌혈관질환진단급여금을 더하여 지급하지 않습니다.

[갱신계약]

(1) 기본형

(기준: 1구좌)

■ 뇌혈관질환진단급여금 (약관 제2조 제1호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단 확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	10만원

■ 뇌출혈진단급여금 (약관 제2조 제2호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 뇌출혈로 진단 확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	15만원

㈜ 1. 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 제2조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 뇌혈관질환진단급여금의 지급사유가 발생한 경우 또는 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 그러나, 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

2. 뇌출혈진단급여금의 경우 뇌혈관질환진단급여금을 더하여 지급합니다. 다만 최초계약의 계약일부터 뇌혈관질환진단급여금의 지급사유가 이미 발생한 경우에는 뇌혈관질환진단급여금을 더하여 지급하지 않습니다.

(2) 뇌출혈보장형

(기준: 1구좌)

■ 뇌출혈진단급여금 (약관 제2조 제2호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 뇌출혈로 진단 확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	15만원

㈜ 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 그러나, 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

<별표2> 뇌혈관질환 분류표

약관에서 정하는 뇌혈관질환으로 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 뇌혈관질환 해당 여부를 판단합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매, 일과성 뇌허혈발작 및 한국표준질병·사인분류 질병코딩 지침서에 의하여 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 제외합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관 질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관 질환의 후유증	I69

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

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

<별표3> 뇌출혈 분류표

약관에서 정하는 뇌출혈로 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 뇌출혈 해당 여부를 판단합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈은 제외됩니다.

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

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

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

<별표4> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
뇌혈관질환진단급여금, 뇌출혈진단급여금 (제2조)	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%)
해약환급금 (제19조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 40%
	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. 특약의 체결 및 소멸(제10조 제2항 제2호)에서 사망 당시의 계약자적립액을 지급함에 있어 지급기일의 다음날부터 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

① 지급기일의 다음 날부터 30일이내 기간: 보험계약대출이율

② 지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(4%)

③ 지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(6%)

④ 지급기일의 91일이후 기간: 보험계약대출이율+가산이율(8%)

4. 가산이율 적용시 제6조(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.

6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 초간편 허혈성심장질환진단특약 (갱신형)

약관

◈ 목 차 ◈

무배당 초간편 허혈성심장질환진단특약(갱신형) 약관 4

제1관 보험금의 지급 4

제1조【"허혈성심장질환", "급성심근경색증"의 정의 및 진단확정】..... 4
제2조【보험금의 지급사유】..... 5
제3조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... 5
제4조【보험금을 지급하지 않는 사유】..... 6
제5조【보험금의 청구】..... 6
제6조【보험금의 지급절차】..... 6
제7조【보험수익자의 지정】..... 7

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 7

제8조【계약 전 알릴 의무】..... 8
제9조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】..... 8

제3관 보험계약의 성립과 유지 9

제10조【특약의 체결 및 소멸】..... 9
제11조【피보험자의 범위】..... 10
제12조【특약 내용의 변경 등】..... 10
제13조【특약의 갱신】..... 11
제14조【특약의 보험기간】..... 12

제4관 보험료의 납입 12

제15조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】..... 12
제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】..... 12
제17조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】..... 13

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등 14

제18조【계약자의 임의해지】 14
제18조의2【위법계약의 해지】 14
제19조【해약환급금】 14
제20조【배당금의 지급】 15

제6관 기타사항 15

제21조【예금보험에 의한 지급보장】 15
제22조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】 15
<별표1> 보험금 지급기준표 16
<별표2> 허혈성심장질환 분류표 18
<별표3> 급성심근경색증 분류표 19
<별표4> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 20

무배당 초간편 허혈성심장질환진단특약(갱신형) 약관

제1관 보험금의 지급

제1조【"허혈성심장질환", "급성심근경색증"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "허혈성심장질환"이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표2>(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 이 특약에서 "급성심근경색증"이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표3>(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

③ "허혈성심장질환" 및 "급성심근경색증"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 해당 분야의 전문의(치과의사, 한의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심근효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 특약의 보험기간 중 허혈성심장질환 또는 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환 또는 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

의료법 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 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【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 1회의 진단 확정에 한하여 지급하며, 최초계약의 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 진단확정시에는 50%를 지급합니다)

1. 특약의 보험기간 중 피보험자가 제1조(“허혈성심장질환”, “급성심근경색증”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “허혈성심장질환”으로 진단확정된 경우: 허혈성심장질환진단급여금 지급
2. 특약의 보험기간 중 피보험자가 제1조(“허혈성심장질환”, “급성심근경색증”의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 “급성심근경색증”으로 진단확정된 경우: 급성심근경색증진단급여금 지급

제3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 특약의 보험료 납입기간 중 제2조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 허혈성심장질환진단급여금의 지급사유가 발생한 경우 또는 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 그러나, 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제2조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 보험기간 중 해당 지급사유 발생시 제2조(보험금의 지급사유) 제1호의 허혈성심장질환진단급여금을 더하여 지급합니다. 다만, 최초계약의 계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제1호의 허혈성심장질환진단급여금의 지급사유가 이미 발생한 경우에는 허혈성심장질환진단급여금을 더하여 지급하지 않습니다.

③ 특약의 보험기간 중 피보험자에게 제2조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 허혈성심장질환진단급여금 지급사유가 발생하고 제2조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 급성심근경색증진단급여금에 대한 지급사유가 발생하지 않은 경우, 제13조(특약의 갱신) 제3항에서 정한 “급성심근경색증보장형”으로 갱신됩니다.

④ 피보험자가 특약의 보험기간 중 사망하여 그 후에 허혈성심장질환 또는 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 보아 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 급성심근경색증의 경우 회사가 이미 피보험자의 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

계약자적립액
장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(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 회사

가 전액 부담합니다.

⑥ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하거나 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

제5조【보험금의 청구】

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

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제5조(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 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요

한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표4> “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 제5조(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. 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항 및 제6항에 따라 보험금 지급사유 또는 보험료 납입 면제사유에 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 제9조(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.

제7조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제2조(보험금의 지급사유)의 경우에는 피보험자로 합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제8조【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 계약 전 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.

제9조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제8조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때

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

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 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 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는「전자서명법」제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

전자서명법 제2조 제2호

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 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.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌) 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제8조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. (다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

부활(효력회복)

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

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조【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 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

2. 피보험자가 사망한 경우

   이 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서” (이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

보험료 및 해약환급금 산출방법서

‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’는 보험회사의 기초서류 중 하나로 보험료와 계약자적립액 및 해약환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.

3. 제2조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 급성심근경색증진단급여금 지급사유가 발생한 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

⑤ 회사는 제2항 제2호에 따라 사망 당시의 계약자적립액을 지급할 때 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표4> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 이 특약이 주계약의 최초 체결 시 함께 부가할 경우에는 이를 "최초계약"이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료 후 제13조(특약의 갱신)에 의하여 특약이 갱신되는 경우에는 이를 "갱신계약"이라 합니다.

제11조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조【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 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

감액

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 보험가입금액(구좌)을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 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 제2조(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.

제13조【특약의 갱신】

① 이 특약은 계약자가 이 특약의 보험료 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 특약의 연체된 보험료 및 갱신 후 특약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 한하여 갱신되어 계속 유지됩니다.

납입최고(독촉)

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

② 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 계약자가 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
2. 갱신되는 특약의 보험기간 만료일이 주계약의 보험기간 만료일을 초과하거나 피보험자의 나이가 100세가 되는 계약해당일을 초과하는 경우
3. 특약의 보험기간 중 피보험자에게 제2조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 급성심근경색증진단급여금의 지급사유가 발생한 경우
4. 이 특약의 주계약이 갱신계약임에도 불구하고 주계약이 갱신되지 않는 경우

③ 특약의 보험기간 중 피보험자에게 제2조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 허혈성심장질환진단급여금 지급사유가 발생된 후 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 급성심근경색증진단급여금만을 보장하는 급성심근경색증보장형(이하 “급성심근경색증보장형”이라 합니다)으로 갱신되며, 이후의 갱신계약도 “급성심근경색증보장형”으로 갱신됩니다.

④ 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우에 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 등은 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신시의 기초율(이율 및 위험률 등)을 적용합니다.

⑤ 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우 특약의 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

⑥ 회사는 갱신되는 특약의 변경 내용 및 갱신되는 특약의 보험료 등을 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.

제14조【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 하며, 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 특약의 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지의 기간이 10년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 5년 만기 갱신으로 하며, 5년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 갱신일부터 최종으로 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조【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 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제2항에서 주계약의 보험료와 함께 특약의 보험료를 선납하는 경우에는 특약의 잔여 보험료 납입기간을 초과하는 기간에 해당하는 특약의 보험료를 선납할 수 없습니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

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

제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 특약을 준용합니다.

납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

③ 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.

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 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 회사가 제3항에 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 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑤ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

⑥ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조【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 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제19조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제18조의2【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 제19조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제19조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다. 또한, 미경과보험료가 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금 및 미경과보험료를 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표4> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
④ 제18조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제20조【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

제21조【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

제22조【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

[최초계약]

(1) 기본형

(기준: 1구좌)

■ 허혈성심장질환진단급여금 (약관 제2조 제1호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 허혈성심장질환으로 진단 확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	최초계약의 계약일부터 1년 미만 5만원 최초계약의 계약일부터 1년 이후 10만원

■ 급성심근경색증진단급여금 (약관 제2조 제2호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	최초계약의 계약일부터 1년 미만 7만5천원 최초계약의 계약일부터 1년 이후 15만원

㈜ 1. 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 제2조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 허혈성심장질환진단급여금의 지급사유가 발생한 경우 또는 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 그러나, 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

2. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 1년미만(최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 삭감과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

3. 급성심근경색증진단급여금의 경우 허혈성심장질환진단급여금을 더하여 지급합니다. 다만, 최초계약의 계약일부터 허혈성심장질환진단급여금의 지급사유가 이미 발생한 경우에는 허혈성심장질환단급여금을 더하여 지급하지 않습니다.

[갱신계약]

(1) 기본형

(기준: 1구좌)

■ 허혈성심장질환진단급여금 (약관 제2조 제1호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 허혈성심장질환으로 진단 확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	10만원

■ 급성심근경색증진단급여금 (약관 제2조 제2호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	15만원

㈜ 1. 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 제2조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 허혈성심장질환진단급여금의 지급사유가 발생한 경우 또는 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 그러나, 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

2. 급성심근경색증진단급여금의 경우 허혈성심장질환진단급여금을 더하여 지급합니다. 다만 최초계약의 계약일부터 허혈성심장질환진단급여금의 지급사유가 이미 발생한 경우에는 허혈성심장질환단급여금을 더하여 지급하지 않습니다.

(2) 급성심근경색증보장형

(기준: 1구좌)

■ 급성심근경색증진단급여금 (약관 제2조 제2호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	15만원

㈜ 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 그러나, 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

<별표2> 허혈성심장질환 분류표

약관에서 정하는 허혈성심장질환으로 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 허혈성심장질환 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

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

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

<별표3> 급성심근경색증 분류표

약관에서 정하는 급성심근경색증으로 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 급성심근경색증 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

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

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

<별표4> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
허혈성심장질환진단급여금, 급성심근경색증진단급여금 (제2조)	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%)
해약환급금 (제19조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 40%
	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. 특약의 체결 및 소멸(제10조 제2항 제2호)에서 사망 당시의 계약자적립액을 지급함에 있어 지급기일의 다음날부터 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
   ① 지급기일의 다음 날부터 30일이내 기간: 보험계약대출이율
   ② 지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(4%)
   ③ 지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(6%)
   ④ 지급기일의 91일이후 기간: 보험계약대출이율+가산이율(8%)

4. 가산이율 적용시 제6조(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.

6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 초간편 표적항암약물허가치료특약 (갱신형)
약 관

◈ 목 차 ◈

무배당 초간편 표적항암약물허가치료특약 (갱신형) 약관 4

제1관 보험금의 지급 4

제1조【"암", "기타피부암", "갑상선암"의 정의 및 진단확정】 4
제2조【"항암약물치료"의 정의】 5
제3조【"표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의】 5
제4조【보험금의 지급사유】 6
제5조【보험금 지급에 관한 세부규정】 7
제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】 8
제7조【보험금의 청구】 9
제8조【보험금의 지급절차】 9
제9조【보험수익자의 지정】 10

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 10

제10조【계약 전 알릴 의무】 10
제11조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 11

제3관 보험계약의 성립과 유지 12

제12조【특약의 체결 및 소멸】 12
제13조【피보험자의 범위】 13
제14조【특약의 무효】 13
제15조【특약 내용의 변경 등】 13
제16조【특약의 갱신】 14
제17조【특약의 보험기간】 15

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 해약환급금 등 17

제21조【계약자의 임의해지】 17
제21조의2【위법계약의 해지】 17
제22조【해약환급금】 17
제23조【배당금의 지급】 18

제6관 기타사항 18

제24조【예금보험에 의한 지급보장】 18
제25조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】 18
<별표1> 보험금 지급기준표 19
<별표2> 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 갑상선암 제외) 20
<별표3> "표적항암제" 해당 의약품명 및 성분명 안내 22
<별표4> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 31

무배당 초간편 표적항암약물허가치료특약 (갱신형) 약관

제1관 보험금의 지급

제1조【"암", "기타피부암", "갑상선암"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 **"암"**이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표2> (대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 갑상선암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암)), 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

유의사항

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

설명

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물(암))이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물(암))이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물(암))이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 이 특약에서 **"기타피부암"**이란, 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 **"갑상선암"**이란, 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 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 하며, 이 경우 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조【"항암약물치료"의 정의】

이 특약에서 "**항암약물치료**"란, 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암", "갑상선암", 또는 "기타피부암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

의료법 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 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.

제3조【"표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의】

① 이 특약에서 **"표적항암제"**란, 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)'(예규 규정에 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 치료제는 "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.

"표적항암제" 해당 의약품명 및 성분명 안내

"표적항암제"에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 2월 기준 "표적항암제"에 해당하는 의약품명 및 성분명을 <별표 3>("표적항암제" 해당 의약품명 및 성분명 안내)에 기재하고 있습니다. 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특약에서 "**표적항암약물허가치료**"란, 제2조("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중, 의

료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암”, “기타피부암”, 또는 “갑상선암”의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 “표적항암제”를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 “안정성과 유효성 인정 범위”란, 다음 각호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 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”의 확인 방법
• 식품의약품안전처 허가 내 ‘효능효과’ 확인 : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)– 의약품 검색 • 식품의약품안전처 허가 외 ‘효능효과’, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)’ 확인 : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) – 제도·정책 – 약제기준정보 – 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.

제4조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 “암보장개시일”(다만, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 경우 보장개시일) 이후에 피보험자가 제1조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 “암”, “기타피부암”, 또는 “갑상선암”의 치료를 목적으로 “표적항암약물허가치료”를 받았을 때 보험수익자에게 약정한 표적항암약물허가치료급여금(<별표1> “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다. (다만, 최초 1회에 한하여 지급하며, 최초계약의 경우 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 50%를 지급합니다)

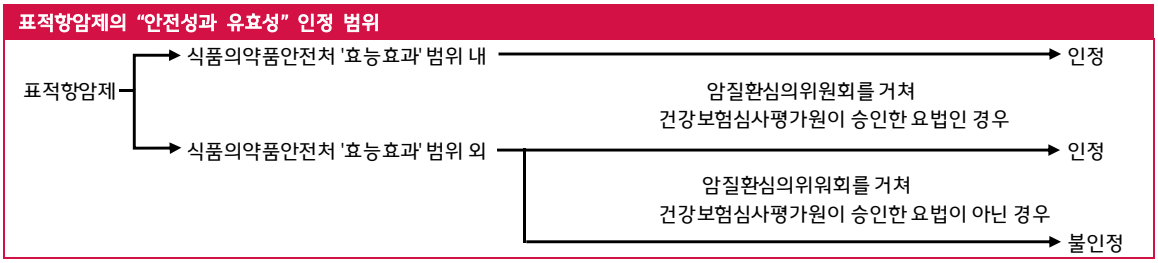
암보장개시일
“암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 하며, 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
부활(효력회복)
보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일
보장개시일
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

제5조【보험금 지급에 관한 세부규정】

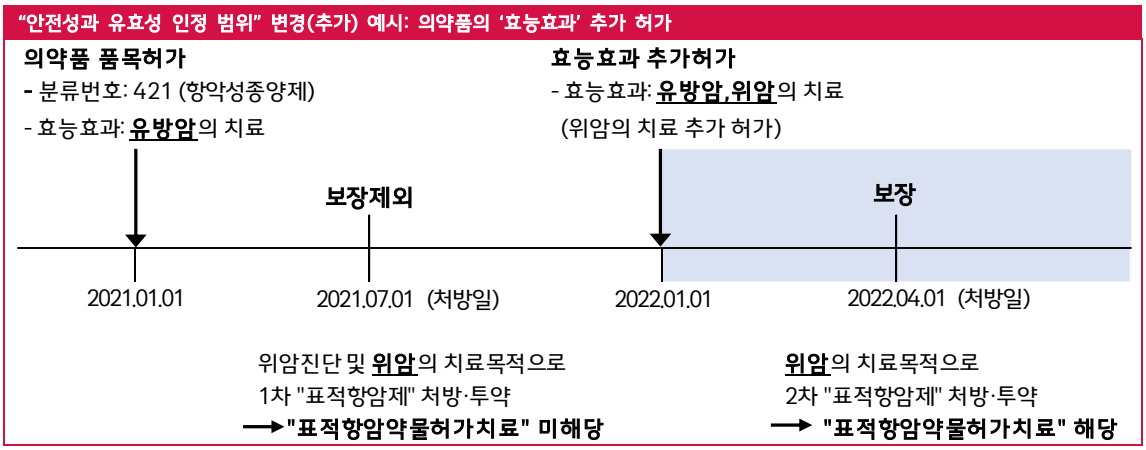
① 특약의 보험료 납입기간 중 암보장개시일(다만, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 경우 보장개시일) 이후 제1조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되거나 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드리며 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약이 갱신형 계약인 경우, 주계약이 갱신되어 다시 보험료를 납입하여야 할때 이 특약도 주계약에 준용하여 보험료를 납입하여야 합니다.

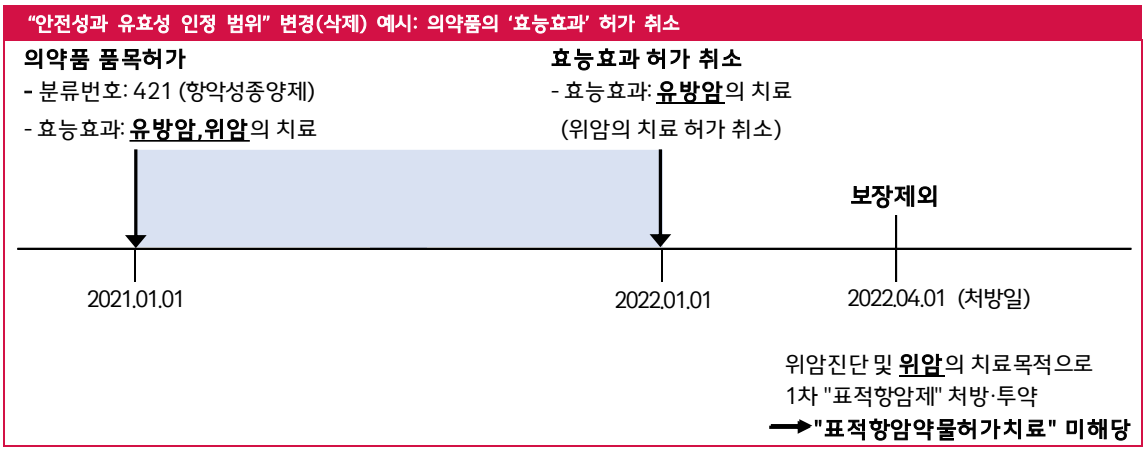
② 특약의 보험기간 중 암보장개시일(다만, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 경우 보장개시일) 이후 피보험자에게 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암” 중 어느 하나에 대하여 표적항암약물허가치료급여금을 최초 1회에 한하여 지급합니다.

③ 제4조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료급여금은 “표적항암제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내로 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만 ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’으로 사용된 경우에는 보장합니다.



④ 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 중 “표적항암약물허가치료를 받았을 때”는 “표적항암제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제3조(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 “안전성과 유효한 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





⑤ 보험수익자와 회사가 제4조(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.

⑥ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에

제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하거나 보험료 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

제7조【보험금의 청구】

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

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식) (이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      ㄱ. 진단명
      ㄴ. 투약한 약제의 제품명
      ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법' 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조【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 지급사유의 또는 보험료 납입면제사유의 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 <별표4> “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 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

보험금 가지급제도

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

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 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항 및 제6항에 따라 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

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

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사요청에 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.

제9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제4조(보험금의 지급사유)의 경우에는 피보험자로 합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사

항에 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 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. 다만, 전화를 이용하여 보험계약을 청약하는 경우에는 음성녹음으로 대신합니다.

제11조【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 특약의 최초계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때

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

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 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 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 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.

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

⑥ 제20조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. (다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조【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 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
2. 피보험자가 사망한 경우
   이 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서” (이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 드립니다.

보험료 및 해약환급금 산출방법서

‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’는 보험회사의 기초서류 중 하나로 보험료와 계약자적립액 및 해약환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.

계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

3. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 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 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

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

⑥ 회사는 제2항 제2호에 따라 사망 당시의 계약자적립액을 지급할 때 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표4> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제13조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조【특약의 무효】

피보험자가 계약일부터 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정한 암보장개시일 전일 이전에 제1조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 특약의 보험료를 돌려드립니다.

제15조【특약 내용의 변경 등】

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

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

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 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

감액
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 보험가입금액(구좌)을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 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 제4조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

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

제16조【특약의 갱신】

① 이 특약은 계약자가 이 특약의 보험료 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 특약의 연체된 보험료 및 갱신 후 특약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 한하여 갱신되어 계속 유지됩니다.

납입최고(독촉)
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

② 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 계약자가 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
2. 갱신되는 특약의 보험기간 만료일이 주계약의 보험기간 만료일을 초과하거나 피보험자의 나이가 100세가 되는 계약해당일을 초과하는 경우
3. 이 특약의 주계약이 갱신계약임에도 불구하고 주계약이 갱신되지 않는 경우
4. 특약의 보험기간 중 피보험자에게 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 표적항암약물허가치료급여금의 지급사유가 발생한 경우

③ 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우에 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 등은 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신시의 기초율(이율 및 위험률 등)을 적용합니다.

④ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우 특약의 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

⑤ 회사는 갱신되는 특약의 변경 내용 및 갱신되는 특약의 보험료 등을 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.

제17조【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 하며, 갱신 시 회사가 정한 방법에 따라 특약의 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지의 기간이 10년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 5년 만기 갱신으로 하며, 5년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 갱신일부터 최종으로 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지를 특약의 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 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제2항에서 주계약의 보험료와 함께 특약의 보험료를 선납하는 경우에는 특약의 잔여 보험료 납입기간을 초과하는 기간에 해당하는 특약의 보험료를 선납할 수 없습니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 제1조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 하며, 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

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

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 특약을 준용합니다.

납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지

않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

③ 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.

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 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 회사가 제3항에 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 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑤ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

⑥ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 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 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 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(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제22조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다. 또한, 미경과보험료가 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금 및 미경과보험료를 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표4> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제21조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 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)

■ 표적항암약물허가치료급여금 (약관 제4조)

지급 사유	특약의 보험기간 중 암보장개시일(다만, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 경우 보장개시일) 이후에 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 “암”, “기타피부암”, 또는 “갑상선암”의 치료를 목적으로 “표적항암약물허가치료”를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한하여 지급합니다)
지급 금액	최초계약의 계약일부터 1년 미만: 50만원 최초계약의 계약일부터 1년 이후: 100만원

㈜ 1. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 하며, 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

2. 특약의 보험기간 중 암보장개시일(다만, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 경우 보장개시일) 이후 피보험자에게 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암” 중 어느 하나에 대하여 표적항암약물허가치료급여금을 최초 1회에 한하여 지급합니다.

3. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 1년 미만(최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 삭감과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

4. 표적항암약물허가치료급여금은 “표적항암제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내로 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만 ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’으로 사용된 경우에는 보장합니다. 향후 식품의약품안전처 ‘효능효과’ 허가기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.

5. 상기 보험금 지급사유 중 “표적항암약물허가치료를 받았을 때”는 “표적항암제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제3조(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 “안전성과 유효한 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위”적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

6. 특약의 보험기간 중 암보장개시일 전일 이전에 피보험자가 “암”으로 진단확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 특약의 보험료를 돌려 드립니다.

<별표2> 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 갑상선암 제외)

약관에서 정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 정하는 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00-C14
2. 식도의 악성신생물(암)	C15
3. 위의 악성신생물(암)	C16
4. 소장의 악성신생물(암)	C17
5. 결장의 악성신생물(암)	C18
6. 직장구불결장 접합부의 악성신생물(암)	C19
7. 직장의 악성신생물(암)	C20
8. 항문 및 항문관의 악성신생물(암)	C21
9. 간 및 간내 담관의 악성신생물(암)	C22
10. 담낭의 악성신생물(암)	C23
11. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물(암)	C24
12. 췌장의 악성신생물(암)	C25
13. 기타 및 부위불명 소화기관의 악성신생물(암)	C26
14. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30-C39
15. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40-C41
16. 피부의 악성 흑색종	C43
17. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45-C49
18. 유방의 악성신생물(암)	C50
19. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51-C58
20. 음경의 악성신생물(암)	C60
21. 전립선의 악성신생물(암)	C61
22. 고환의 악성신생물(암)	C62
23. 기타 및 상세불명의 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C63
24. 요로의 악성신생물(암)	C64-C68
25. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69-C72
26. 부신의 악성신생물(암)	C74
27. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
28. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80
29. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81-C96
30. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
31. 진성 적혈구 증가증	D45
32. 골수 형성이상 증후군	D46
33. 만성 골수증식 질환	D47.1
34. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
35. 골수섬유증	D47.4
36. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

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

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

3. 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44) 및 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)은 상기 분류표에서 제외합니다.

4. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<별표3> “표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명 안내

① 아래 내용은 제 3 조(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의) 제 1 항에서 정한 “표적항암제”에 대하여 보험가입자의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.

② 아래 “표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명은 2022 년 2 월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 “표적항암제” 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

③ 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명 및 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명 및 성분명

- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 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.
- 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	아베마시클립 abemaciclib	버제니오정 50 밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정 100 밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정 150 밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정 200 밀리그램(아베마시클립)
2	아칼라브루티닙 acalabrutinib	칼퀀스캡슐 100 밀리그램(아칼라브루티닙)
3	애플리버셉트 aflibercept	잘트랩주 25mg/mL(애플리버셉트)
4	알렉티닙염산염(미분화) alectinib hydrocholoride	알레센자캡슐 150 밀리그램(알렉티닙염산염)
5	알펠리십 Alpelisib	피크레이정 50 밀리그램(알펠리십), 피크레이정 150 밀리그램(알펠리십), 피크레이정 200 밀리그램(알펠리십)
6	아미반타맙 Amivantamab	리브리반트주(아미반타맙)
7	아파티닙이말레산염 apatinib mesylate	지오트립정 20 밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정 30 밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정 40 밀리그램(아파티닙이말레산염)
8	아테졸리주맙 atezolizumab	티쎈트릭주(아테졸리주맙)
9	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
10	엑시티닙 axitinib	인라이타정 1 밀리그램(엑시티닙)
		인라이타정 5 밀리그램(엑시티닙)

번호	성분명(국문/영문)	의약품명(국문)
11	베바시주맙 bevacizumab	아바스틴주(베바시주맙)
		온베브지주(베바시주맙)
		자이라베브주(베바시주맙)
		아림시스주(베바시주맙)
12	블리나투모맙 blinatumomab	블린사이토주 35 마이크로그램(블리나투모맙, 유전자재조합)
13	보르테조밉삼합체 bortezomib	벨케이드주(보르테조밉삼합체)
		테조벨주(보르테조밉삼합체)
		프로테조밉주(보르테조밉삼합체)
		벨킨주 3.5 밀리그램(보르테조밉삼합체)
		보테벨주 3.5 밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조민주 3.5 밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨킨주 2.5 밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨조밉주 3.5 밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨조밉주 1 밀리그램(보르테조밉삼합체)
		프로테조밉주 2.5 밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조민주 2.5 밀리그램(보르테조밉삼합체)
14	보르테조밉일수화물 bortezomib	화이자보르테조밉주 3.5 밀리그램(보르테조밉일수화물)
15	브렌툭시맙베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌툭시맙베도틴)
16	브리가티닙 brigatinib	알룬브릭정 30 밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정 90 밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정 180 밀리그램(브리가티닙)
17	카보잔티닙(S)-말산염 cabozantinib-s-malate	카보메틱스정 60 밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정 40 밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정 20 밀리그램(카보잔티닙)
18	카프마티닙염산염일수화물 Capmatinib Hydrochloride Monohydrate	타브렉타정 200 밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
		타브렉타정 150 밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
19	카르필조밉 carfilzomib	키프롤리스주 60 밀리그램(카르필조밉)
		키프롤리스주 30 밀리그램(카르필조밉)
20	세리티닙 ceritinib	자이카디아캡슐 150 밀리그램(세리티닙)
21	세툭시맙 CETUXIMAB	얼비툭스주 5mg/mL (세툭시맙)
22	헤미푸마르산코비메티닙 cobimetinib	코텔릭정 20 밀리그램(코비메티닙)
23	크리조티닙 crizotinib	잴코리캡슐 200 밀리그램(크리조티닙)
		잴코리캡슐 250 밀리그램(크리조티닙)

번호	성분명(국문/영문)	의약품명(국문)
24	다브라페닙메실산염(미분화) dabrafenib	라핀나캡슐 50 밀리그램(다브라페닙메실산염)
		라핀나캡슐 75 밀리그램(다브라페닙메실산염)
25	다코미티닙수화물 dacomitinib	비짐프로정 15 밀리그램(다코미티닙수화물)
		비짐프로정 45 밀리그램(다코미티닙수화물)
		비짐프로정 30 밀리그램(다코미티닙수화물)
26	다라투무맙 daratumumab	다잘렉스주(다라투무맙)
		다잘렉스피하주사(다라투무맙)
27	다사티닙 dasatinib	스프라이셀정 70 밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정 50 밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정 20 밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정 100 밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정 80 밀리그램(다사티닙)
28	더발루맙 durvalumab	임핀지주(더발루맙)
29	엘로투주맙 elotuzumab	엠플리시티주 300 밀리그램(엘로투주맙, 유전자재조합)
		엠플리시티주 400 밀리그램(엘로투주맙, 유전자재조합)
30	엔코라페닙 Encorafenib	비라토비캡슐 75 밀리그램(엔코라페닙)
31	엔트렉티닙 Entrectinib	로즐리트렉캡슐 100 밀리그램(엔트렉티닙)
		로즐리트렉캡슐 200 밀리그램(엔트렉티닙)
32	엘로티닙염산염 erlotinib	타쎄바정 100 밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정 25 밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로팁정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로쎄타정 100 밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로쎄타정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄원정 100 밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄원정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정 100 밀리그램(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정 25mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정 150mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정 100mg(엘로티닙염산염)
33	에베로리무스 everolimus	아피니토정 10 밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정 5 밀리그램(에베로리무스)

번호	성분명(국문/영문)	의약품명(국문)
		아피니토정 2.5 밀리그램(에베로리무스)
		에리니토정 10mg(에베로리무스)
		에리니토정 5 밀리그램(에베로리무스)
		에베로즈정 2.5 밀리그램(에베로리무스)
		에베로즈정 5 밀리그램(에베로리무스)
		에베로즈정 10 밀리그램(에베로리무스)
34	게피티니브 gefitinib	이레사정(게피티니브)
		이레피논정(게피티니브)
		스펙사정 250 밀리그램(게피티니브)
		레피사정(게피티니브)
		제피티닙정(게피티니브)
		이레티닙정 250 밀리그램(게피티니브)
35	겜투주맙오조가마이신 Gemtuzumab Ozogamicin	마일로탁주 4.5 밀리그램(겜투주맙오조가마이신)
36	길테리티닙푸마르산염 Gilteritinib fumarate	조스파타정 40 밀리그램(길테리티닙푸마르산염)
37	이브루티닙 ibrutinib	임브루비카캡슐 140 밀리그램(이브루티닙)
38	이매티닙메실산염 imatinib mesylate	글리벡필름코팅정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		이니벡정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매팁정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		이니벡정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매팁정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)

번호	성분명(국문/영문)	의약품명(국문)
		글리티브필름코팅정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정 200 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정 200 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글로팁정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정 200 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정 300 밀리그램(이매티닙메실산염)
39	이노투주맙오조가마이신 Inotuzumab Ozogamicin	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
40	이필리무맙 ipilimumab	여보이주 200 밀리그램/40 밀리리터(이필리무맙,유전자재조합)
		여보이주 50 밀리그램/10 밀리리터(이필리무맙, 유전자재조합)
41	이사툭시맙 isatuximab	살클리사주(이사툭시맙)
42	익사조밉시트레이트 ixazomib citrate	닌라로캡슐 2.3 밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐 3 밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐 4 밀리그램(익사조밉시트레이트)
43	라파티닙 디토실레이트 lapatinib ditosylate	타이커브정 250 밀리그램(라파티닙디토실레이트)
44	라로트렉티닙황산염 Larotrectinib Sulfate	비트락비캡슐 25 밀리그램(라로트렉티닙황산염)
		비트락비캡슐 100 밀리그램(라로트렉티닙황산염)
		비트락비액(라로트렉티닙황산염)
45	레이저티닙메실산염일수화물 Lazertinib Mesylate Monohydrate	렉라자정 80 밀리그램(레이저티닙메실산염일수화물)
46	레날리도마이드 lenalidomide	레날도캡슐 7.5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐 5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐 2.5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐 25mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐 20mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐 15mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐 10mg(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐 25 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐 15 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐 10 밀리그램(레날리도마이드)

번호	성분명(국문/영문)	의약품명(국문)
		레블리킨캡슐 5 밀리그램(레날리도마이드)
47	레날리도마이드무수물 lenalidomide	레날리드정(레날리도마이드)
48	레날리도마이드반수화물 lenalidomide	레블리미드캡슐 5 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 10 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 15 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 25 밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 10 밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 15 밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 2.5 밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 20 밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 25 밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 5 밀리그램(레날리도마이드)
49	레날리도마이드수화물 lenalidomide	레블리미드캡슐 20 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 7.5 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 2.5 밀리그램(레날리도마이드)
50	렌바티닙메실산염 lenvatinib mesilate	렌비마캡슐 10 밀리그램(렌바티닙메실산염)
		렌비마캡슐 4 밀리그램(렌바티닙메실산염)
51	롤라티닙 Lorlatinib	로비큐아정 25 밀리그램(롤라티닙)
		로비큐아정 100 밀리그램(롤라티닙)
52	미도스타우린 midostaurin	라이답연질캡슐 25 밀리그램(미도스타우린)
53	네라티닙말레산염 Neratinib Maleate	너링스정(네라티닙말레산염)
54	닐로티닙염산염일수화물 nilotinib	타시그나캡슐 200 밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐 150 밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐 50 밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
55	니라파립토실산염일수화물 niraparib	제줄라캡슐 100 밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
56	니볼루맙(유전자재조합) nivolumab	옵디보주 100mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주 20mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주 240mg(니볼루맙,유전자재조합)
57	오비누투주맙 obinutuzumab	가싸이바주(오비누투주맙, 유전자재조합)
58	올라파립 olaparib	린파자캡슐 50 밀리그램(올라파립)
		린파자정 150 밀리그램(올라파립)
		린파자정 100 밀리그램(올라파립)
59	올무티닙염산염일수화물 olmutinib hci	올리타정 400 밀리그램(올무티닙염산염일수화물)

번호	성분명(국문/영문)	의약품명(국문)
	monohydrate	올리타정 200 밀리그램(올무티닙염산염일수화물)
60	오시머티닙메실산염 osimertinib mesylate	타그리소정 40 밀리그램(오시머티닙메실산염)
		타그리소정 80 밀리그램(오시머티닙메실산염)
61	팔보시클립 palbociclib	입랜스캡슐 75mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐 125mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐 100mg(팔보시클립)
		입랜스정 75 밀리그램(팔보시클립)
		입랜스정 125 밀리그램(팔보시클립)
		입랜스정 100 밀리그램(팔보시클립)
62	파조파닙염산염 pazopanib	보트리엔트정 400 밀리그램(파조파닙염산염)
		보트리엔트정 200 밀리그램(파조파닙염산염)
63	펨브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙,유전자재조합)
64	퍼투주맙 pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맙)
65	퍼투주맙,트라스투주맙 Pertuzumab,Trastuzumab	페스코피하주사 600/600 밀리그램(퍼투주맙/트라스투주맙)
		페스코피하주사 1200/600 밀리그램(퍼투주맙/트라스투주맙)
66	폴라투주맙 베도틴 Polatuzumab Vedotin	폴라이비주(폴라투주맙베도틴)
67	포말리도마이드 pomalidomide	포말리스트캡슐 4 밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐 3 밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐 2 밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐 1 밀리그램(포말리도마이드)
68	포나티닙 염산염 ponatinib	아이클루시그정 15 밀리그램(포나티닙염산염)
		아이클루시그정 45 밀리그램(포나티닙염산염)
69	라도티닙염산염 radotinib hydrochloride	슈펙트캡슐 200 밀리그램(라도티닙염산염)
		슈펙트캡슐 100 밀리그램(라도티닙염산염)
70	라무시루맙 ramucirumab	사이람자주 10 밀리그램/밀리리터(라무시루맙,유전자재조합)
71	레고라페닙일수화물 REGORAFENIB	스티바가정 40 밀리그램(레고라페닙)
72	리보시클립숙신산염 ribociclib	키스칼리정 200 밀리그램(리보시클립숙신산염)
73	리툭시맙 rituximab	맙테라주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
		맙테라피하주사(리툭시맙)(유전자재조합)
		트룩시마주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
74	룩소리티닙인산염 ruxolitinib phosphate	자카비정 20 밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정 15 밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정 5 밀리그램(룩소리티닙인산염)

번호	성분명(국문/영문)	의약품명(국문)
		자카비정 10 밀리그램(룩소리티닙인산염)
75	셀리넥서 Selinexor	엑스포비오정 20 밀리그램(셀리넥서)
76	실툭시맙 (단클론항체, 유전자재조합) siltuximab	실반트주 100 밀리그램(실툭시맙, 유전자재조합)
		실반트주 400 밀리그램(실툭시맙, 유전자재조합)
77	소라페닙토실레이트(미분화) sorafenib tosylate	넥사바정 200 밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
		소라닙정 200 밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
78	소토라십 Sotorasib	루마크라스정 120 밀리그램(소토라십)
79	수니티닙말산염 sunitinib malate	수텐캡슐 12.5 밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐 25 밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐 50 밀리그램(수니티닙말산염)
80	탈라조파립토실산염 Talazoparib tosylate	탈제나캡슐 1 밀리그램(탈라조파립토실산염)
		탈제나캡슐 0.25 밀리그램(탈라조파립토실산염)
81	템시롤리무스 temsirolimus	토리셀주(템시롤리무스)
82	테포티닙염산염수화물 Tepotinib Hydrochloride Hydrate	텝메코정 225 밀리그램(테포티닙염산염수화물)
83	탈리도마이드 thalidomide	세엘진탈리도마이드캡슐 50 밀리그램
		탈로다캡슐 50 밀리그램(탈리도마이드)
		탈로다캡슐 100 밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐 50 밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐 100 밀리그램(탈리도마이드)
		탈라이드캡슐 50mg(탈리도마이드)
		탈라이드캡슐 100mg(탈리도마이드)
84	티라브루티닙염산염 Tirabrutinib Hydrochloride	베렉스브루정 80 밀리그램(티라브루티닙염산염)
85	티사젠렉류셀 Tisagenlecleucel	킴리아주(티사젠렉류셀)
86	트라메티닙디메틸설폭시드 trametinib	매큐셀정 0.5 밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
		매큐셀정 2 밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
87	트라스투주맙 trastuzumab	허셉틴주 150 밀리그람(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
		허쥬마주 150mg(트라스투주맙)(단클론항체, 유전자재조합)
		허쥬마주 440mg(트라스투주맙)(단클론항체, 유전자재조합)
		허셉틴주 440 밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴피하주사 600 밀리그램(트라스투주맙)
		삼페넷주 150 밀리그램(트라스투주맙)

번호	성분명(국문/영문)	의약품명(국문)
		오기브리주 150 밀리그램(트라스투주맙)
		삼페넷주 440 밀리그램(트라스투주맙)
88	트라스투주맙엠탄신 trastuzumab emtansine	캐싸일라주 100 밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
		캐싸일라주 160 밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
89	반데타닙 vandetanib	카프렐사정 100 밀리그램(반데타닙)
		카프렐사정 300 밀리그램(반데타닙)
90	베무라페닙혼합물 vemurafenib	젤보라프정 240 밀리그램(베무라페닙)
91	베네토클락스 venetoclax	벤클렉스타정 100 밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정 10 밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정 50 밀리그램(베네토클락스)
92	비스모데깁 vismodegib	에리벳지캡슐 150 밀리그램(비스모데깁)
93	보리노스타트 vorinostat	졸린자캡슐 100 밀리그램(보리노스타트)
94	자누브루티닙 Zanubrutinib	브루킨사캡슐 80 밀리그램(자누브루티닙)

<별표4> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
표적항암약물허가치료급여금 (제4조)	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%)
해약환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 40%
	청구일의 다음날부터 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. 특약의 체결 및 소멸(제12조 제2항 제2호)에서 사망 당시의 계약자적립액을 지급함에 있어 지급기일의 다음날부터 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

① 지급기일의 다음 날부터 30일이내 기간: 보험계약대출이율

② 지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(4%)

③ 지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(6%)

④ 지급기일의 91일이후 기간: 보험계약대출이율+가산이율(8%)

4. 가산이율 적용시 제8조(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.

6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

특약 가입자를 위한 표적항암제 및 표적항암약물치료 관련 안내사항

Q1) 표적항암약물치료란 무엇인가요? 일반적인 항암약물치료와는 어떻게 다른가요?

☞ 암의 성장과 진행에 관여하는 특정한 분자의 활동을 방해하여 암이 성장하고 퍼지는 것을 막는 약제를 "표적항암제"라고하고, 이러한 "표적항암제"를 사용하여 치료하는 것을 "표적항암약물치료"라고 합니다.

☞ 표적항암약물치료는 세포독성항암제를 사용하는 기존 항암약물치료에 비해 정상 세포의 손상을 최소화하며, 기존 치료법에 비해 생존율을 향상시킨다는 여러 연구 결과가 발표되고 있습니다.

Q2) 표적항암약물치료는 만능 치료법인가요?

☞ 표적항암약물치료는 몇몇 암종의 치료에서는 패러다임을 변화시켰지만 절대 만능 치료법이 아닙니다.

① 표적항암약물치료에 사용되는 표적항암제는 암세포가 가진 특정한 물질 분자를 표적하여 암세포를 공격하고 이를 통해 치료의 효과를 나타낼 수 있도록 만들어졌습니다. 이 특정한 물질 분자를 표적하여 암세포를 공격하는 방법은 각 표적항암제의 작용 기전에 따라 다양합니다. 따라서 표적항암약물치료를 하기 위해서는 각 표적항암제가 작용하는 특정 표적인자에 대한 검사가 필요하며, 검사결과 및 그 외 임상 정보 등을 고려하여 처방을 받을 수 있습니다.

② 표적항암약물치료는 표적항암제 가격이 다른 일반항암제에 비해 상대적으로 고가(高價)이므로 많은 치료 비용을 요합니다.

③ 표적항암약물치료는 치료 효과를 지속적으로 유지하기 위해 장기적인 투약을 필요로 합니다.

④ 표적항암약물치료는 암에 내성이 생기는 경우 효과가 감소될 수 있습니다.

Q3) 모든 환자가 표적항암약물치료를 받을 수 있는 건가요?

☞ 표적항암약물치료는 이름에서도 알 수 있듯 암세포가 가진 특정 분자를 표적 하여 암세포를 공격하고 이를 통해 치료의 효과가 발현됩니다. 그러나 같은 종류의 암을 진단받은 환자라고 하더라도 이 특정한 표적 인자가 나타나는 환자가 있고 그렇지 않은 환자도 있습니다.

☞ 표적항암약물치료에 사용되는 표적항암제의 처방은 치료를 통해 충분한 치료의 효과가 기대되는 표적인자 보유 환자에게만 이뤄집니다. 따라서 암의 치료 선택 과정에서 해당 전문의는 환자가 어떤 표적 인자를 보유하고 있는지를 확인하고 처방을 결정할 수 있습니다.

Q4) 표적항암약물치료는 부작용이 없는 건가요?

☞ 어떤 치료 방법이든 부작용이 전혀 없을 수는 없습니다. 표적항암약물치료도 기존 항암약물치료보다는 부작용이 적지만 경우에 따라 특유의 부작용이 발생할 수 있으며 환자마다 체감하는 정도가 다를 수 있습니다.

☞ 표적항암약물치료의 대표적인 부작용으로는 피부발진, 발열 및 오한, 메스꺼움 및 구토, 설사 또는

변비, 부종, 관절통 및 근육통 등이 있습니다. 처방 전 표적항암약물치료로 유발될 수 있는 부작용은 반드시 전문의 자문을 통해 확인하고 투약하여야 합니다.

Q5) 암종별로 어떤 표적항암제를 처방받을 수 있나요?

☞ 암종별로 주로 처방되는 표적항암제는 아래의 표과 같습니다. 아래의 내용은 대표적인 암종 및 성분·의약품만을 기재한 참고자료 이므로 처방된 항암제의 표적항암제 해당여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

암의 종류	대표 성분명 (국문/영문)		대표 의약품명 (국문/영문)	
폐암	게피티니브	Gefitinib	이레사	Iressa
	엘로티닙	Erlotinib	타세바	Tarceva
	아파티닙	Afatinib	지오트립	Gilotrif
	크리조티닙	Crizotinib	잴코리	Xalkori
	베바시주맙	Bevacizumab	아바스틴	Avastin
	세툭시맙	Cetuximab	얼비툭스	Erbitux
유방암	트라스투주맙	Trastuzumab	허셉틴	Herceptin
	라파티닙	Lapatinib	타이커브	Tykerb
	퍼투주맙	Pertuzumab	퍼제타	Perjeta
	트라스투주맙 엠탄신	Trastuzumab emtansine	캐싸일라	Kadcyla
위암	트라스투주맙	Trastuzumab	허셉틴	Herceptin
	라무시루맙	Ramucirumab	사이람자	Cyramza
대장암	베바시주맙	Bevacizumab	아바스틴	Avastin
	세툭시맙	Cetuximab	얼비툭스	Erbitux
	레고라페닙	Regorafenib	스티바가	Stivaga
간암	소라페닙	Sorafenib	넥사바	Nexavar
	레고라페닙	Regorafenib	스티바가	Stivaga
	렌바티닙	Lenvatinib	렌비마	Lenvima
신장암	수니티닙	Sunitinib	수텐	Sutenet
	소라페닙	Sorafenib	넥사바	Nexavar
	파조파닙	Pazopanib	보트리엔트	Votrient
	엑시티닙	Axitinib	인라이타	Inlyta
	에베로리무스	Everolimus	아피니토	Afinitor
	베바시주맙	Bevacizumab	아바스틴	Avastin
	템시롤리무스	Temsirolimus	토리셀	Torisel
방광암	아테졸리주맙	Atezolizumab	티쎈트릭	Tecentriq
갑상선암	소라페닙	Sorafenib	넥사바	Nexavar
	반데타닙	Vandetanib	카프렐사	Caprelsa

암의 종류	대표 성분명 (국문/영문)		대표 의약품명 (국문/영문)	
	렌바티닙	Lenvatinib	렌비마	Lenvima
췌장암	엘로티닙	Erlotinib	타세바	Tarceva
두경부암	세툭시맙	Cetuximab	얼비툭스	Erbitux
위장관기질종양 (연조직육종)	이매티닙	Imatinib	글리벡	Gleevec
	수니티닙	Sunitinib	수텐	Sutent
	파조파닙	Pazopanib	보트리엔트	Votrient
	레고라페닙	Regorafenib	스티바가	Stivarga
뇌종양 (교모세포종)	베바시주맙	Bevacizumab	아바스틴	Avastin

※ 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에 의약품명 및 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

[의약품명 및 성분명]

- 의약품명은 제약사마다 상품 판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 성분명은 '효능효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. 표적항암제 해당여부는 전문 의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

무배당 초간편 계속받는 표적항암약물허가치료특약 (갱신형) 약관

◈ 목 차 ◈

무배당 초간편 계속받는 표적항암약물허가치료특약 (갱신형) 약관 4

제1관 보험금의 지급 4

제1조【"암", "기타피부암", "갑상선암"의 정의 및 진단확정】 4
제2조【"항암약물치료"의 정의】 4
제3조【"표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의】 5
제4조【보험금의 지급사유】 6
제5조【보험금 지급에 관한 세부규정】 7
제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】 8
제7조【보험금의 청구】 8
제8조【보험금의 지급절차】 9
제9조【보험수익자의 지정】 10

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 10

제10조【계약 전 알릴 의무】 10
제11조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 10

제3관 보험계약의 성립과 유지 12

제12조【특약의 체결 및 소멸】 12
제13조【피보험자의 범위】 12
제14조【특약의 무효】 13
제15조【특약 내용의 변경 등】 13
제16조【특약의 갱신】 13
제17조【특약의 보험기간】 14

제4관 보험료의 납입 14

제18조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 14
제19조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 15

제20조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 16

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등 16

제21조【계약자의 임의해지】 17
제21조의2【위법계약의 해지】 17
제22조【해약환급금】 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> 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 갑상선암 제외) 20
<별표3> "표적항암제" 해당 의약품명 및 성분명 안내 22
<별표4> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 31

무배당 초간편 계속받는 표적항암약물허가치료특약 (갱신형) 약관

제1관 보험금의 지급

제1조【"암", "기타피부암", "갑상선암"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 **"암"**이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표2> (대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 갑상선암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암)), 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

유의사항

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

설명

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물(암))이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물(암))이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물(암))이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 이 특약에서 **"기타피부암"**이란, 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 **"갑상선암"**이란, 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 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 하며, 이 경우 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조【"항암약물치료"의 정의】

이 특약에서 "**항암약물치료**"란, 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자

가 피보험자의 “암”, “갑상선암”, 또는 “기타피부암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

의료법 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 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.

제3조【“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의】

① 이 특약에서 **“표적항암제”**란, 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성종양제)’(예규 규정에 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 치료제는 “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.

“표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명 안내

“표적항암제”에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 2월 기준 “표적항암제”에 해당하는 의약품명 및 성분명을 <별표 3>(“표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명 안내)에 기재하고 있습니다. 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특약에서 “**표적항암약물허가치료**”란, 제2조(“항암약물치료”의 정의)에서 정한 “항암약물치료” 중, 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암”, “기타피부암”, 또는 “갑상선암”의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 “표적항암제”를 안전성과 유효성 인정 범위 내

에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 "안정성과 유효성 인정 범위"란, 다음 각호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 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"의 확인 방법
• 식품의약품안전처 허가 내 '효능효과' 확인 : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)– 의약품 검색 • 식품의약품안전처 허가 외 '효능효과', '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)' 확인 : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) – 제도·정책 – 약제기준정보 – 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.

제4조【보험금의 지급사유】

① 회사는 이 특약의 보험기간 중 "암보장개시일"(다만, "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 경우 보장개시일) 이후에 피보험자가 제1조("암", "기타피부암", "갑상선암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 확정되고 그 "암", "기타피부암", 또는 "갑상선암"의 치료를 목적으로 "표적항암약물허가치료"를 받았을 때 보험수익자에게 약정한 "계속받는 표적항암약물허가치료급여금"(<별표1> "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다. (다만, 연간 1회에 한하여 지급하며, 최초계약의 경우 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 50%를 지급합니다)

암보장개시일
"암"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 하며, 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
부활(효력회복)
보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일
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.

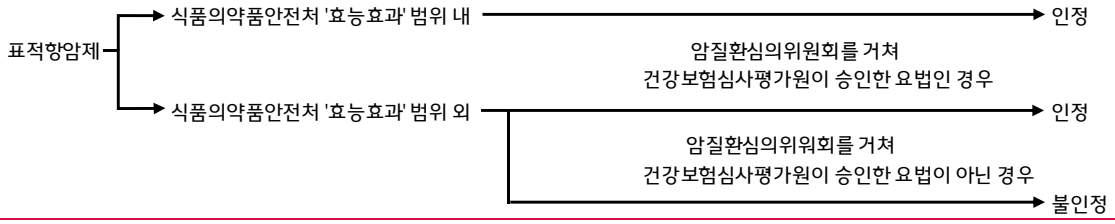
② 제1항의 "연간"이란, 이 특약의 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제5조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드리며 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약이 갱신형 계약인 경우, 주계약이 갱신되어 다시 보험료를 납입하여야 할때 이 특약도 주계약에 준용하여 보험료를 납입하여야 합니다.

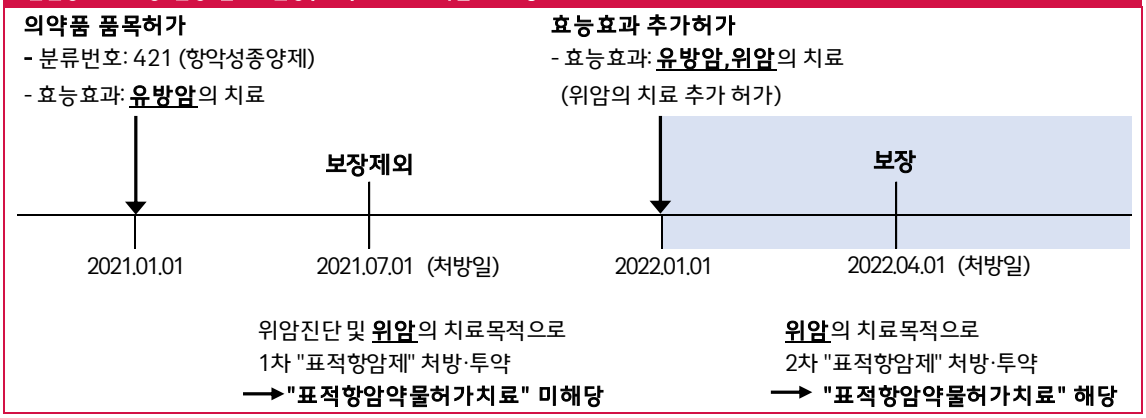
② 제4조(보험금의 지급사유) 제1항의 "계속받는 표적항암약물허가치료급여금"은 "표적항암제"를 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 내로 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 외 사용이지만 '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우에는 보장합니다.

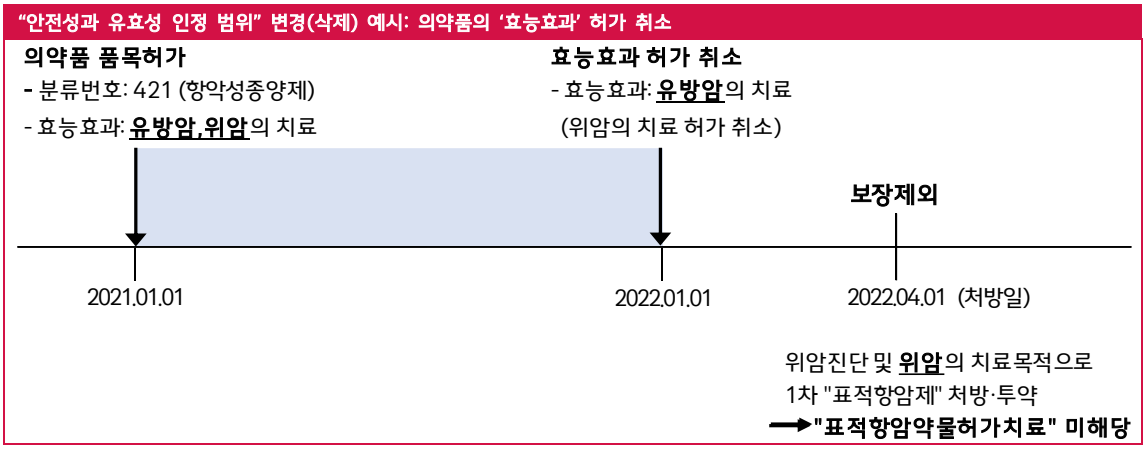
표적항암제의 "안전성과 유효성" 인정 범위



③ 제4조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유 중 "표적항암약물허가치료를 받았을 때"는 "표적항암제"를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제3조("표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효한 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





④ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유) 제1항의 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.

⑤ 제4조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금은 연간 1회 한도로 지급하며, 연간 보장한도를 초과한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조【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 해친 경우에 제4조(보험금의 지급사유) 제1항에서 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

제7조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식) (이하의 내용이

포함되어야 합니다.

ㄱ. 진단명

ㄴ. 투약한 약제의 제품명

ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법' 사용 여부

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

4. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

5. 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.

제8조【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 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 <별표4> "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 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

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

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 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르

기로 한 경우

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

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(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.

제9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제4조(보험금의 지급사유) 제1항의 경우에는 피보험자로 합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조【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 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. 다만, 전화를 이용하여 보험계약을 청약하는 경우에는 음성녹음으로 대신합니다.

제11조【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 특약의 최초계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때

3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때

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

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 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 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 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.

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

⑥ 제20조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. (다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조【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 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
2. 피보험자가 사망한 경우
   이 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서” (이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 드립니다.

보험료 및 해약환급금 산출방법서
‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’는 보험회사의 기초서류 중 하나로 보험료와 계약자적립액 및 해약환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.
계약자적립액
장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

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

④ 제2항 제2호 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

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

⑥ 회사는 제2항 제2호에 따라 사망 당시의 계약자적립액을 지급할 때 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표4> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제13조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조【특약의 무효】

피보험자가 계약일부터 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정한 암보장개시일 전일 이전에 제1조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 특약의 보험료를 돌려드립니다.

제15조【특약 내용의 변경 등】

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

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

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, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

감액
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 보험가입금액(구좌)을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 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 제4조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정하는 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

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

제16조【특약의 갱신】

① 이 특약은 계약자가 이 특약의 보험료 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 특약의 연체된 보험료 및 갱신 후 특약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 한하여 갱신되어 계속 유지됩니다.

납입최고(독촉)

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

② 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 계약자가 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
2. 갱신되는 특약의 보험기간 만료일이 주계약의 보험기간 만료일을 초과하거나 피보험자의 나이가 100세가 되는 계약해당일을 초과하는 경우
3. 이 특약의 주계약이 갱신계약임에도 불구하고 주계약이 갱신되지 않는 경우

③ 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우에 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 등은 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신시의 기초율(이율 및 위험률 등)을 적용합니다.

④ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우 특약의 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

⑤ 회사는 갱신되는 특약의 변경 내용 및 갱신되는 특약의 보험료 등을 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.

제17조【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 하며, 갱신 시 회사가 정한 방법에 따라 특약의 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지의 기간이 10년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 5년 만기 갱신으로 하며, 5년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 갱신일부터 최종으로 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지를 특약의 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 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제2항에서 주계약의 보험료와 함께 특약의 보험료를 선납하는 경우에는 특약의 잔여 보험료 납입기간을 초과하는 기간에 해당하는 특약의 보험료를 선납할 수 없습니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 제1조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 하며, 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

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

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 특약을 준용합니다.

납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

③ 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.

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 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 회사가 제3항에 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 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등)

또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑤ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에「보험업감독규정」제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

⑥ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 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 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 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(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제22조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다. 또한, 미경과보험료가 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금 및 미경과보험료를 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표4> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제21조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 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)

■ “계속받는 표적항암약물허가치료급여금” (약관 제4조 제1항)

지급 사유	특약의 보험기간 중 암보장개시일(다만, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 경우 보장개시일) 이후에 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 “암”, “기타피부암”, 또는 “갑상선암”의 치료를 목적으로 “표적항암약물허가치료”를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한하여 지급합니다)
지급 금액	최초계약의 계약일부터 1년 미만: 5만원 최초계약의 계약일부터 1년 이후: 10만원

㈜ 1. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 하며, 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

2. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 1년 미만(최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 삭감과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

3. “계속받는 표적항암약물허가치료급여금”은 “표적항암제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내로 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만 ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’으로 사용된 경우에는 보장합니다. 향후 식품의약품안전처 ‘효능효과’ 허가기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.

4. 상기 보험금 지급사유 중 “표적항암약물허가치료를 받았을 때”는 “표적항암제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제3조(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 “안전성과 유효한 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위”적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

5. 상기 보험금은 연간 1회 한도로 지급하며, 연간 보장한도를 초과한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

6. “연간”이란, 이 특약의 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

7. 특약의 보험기간 중 암보장개시일 전일 이전에 피보험자가 “암”으로 진단확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 특약의 보험료를 돌려 드립니다.

<별표2> 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 갑상선암 제외)

약관에서 정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 정하는 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00-C14
2. 식도의 악성신생물(암)	C15
3. 위의 악성신생물(암)	C16
4. 소장의 악성신생물(암)	C17
5. 결장의 악성신생물(암)	C18
6. 직장구불결장 접합부의 악성신생물(암)	C19
7. 직장의 악성신생물(암)	C20
8. 항문 및 항문관의 악성신생물(암)	C21
9. 간 및 간내 담관의 악성신생물(암)	C22
10. 담낭의 악성신생물(암)	C23
11. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물(암)	C24
12. 췌장의 악성신생물(암)	C25
13. 기타 및 부위불명 소화기관의 악성신생물(암)	C26
14. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30-C39
15. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40-C41
16. 피부의 악성 흑색종	C43
17. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45-C49
18. 유방의 악성신생물(암)	C50
19. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51-C58
20. 음경의 악성신생물(암)	C60
21. 전립선의 악성신생물(암)	C61
22. 고환의 악성신생물(암)	C62
23. 기타 및 상세불명의 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C63
24. 요로의 악성신생물(암)	C64-C68
25. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69-C72
26. 부신의 악성신생물(암)	C74
27. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
28. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80
29. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81-C96
30. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
31. 진성 적혈구 증가증	D45
32. 골수 형성이상 증후군	D46
33. 만성 골수증식 질환	D47.1
34. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
35. 골수섬유증	D47.4
36. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

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

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

3. 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44) 및 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)은 상기 분류표에서 제외합니다.

4. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<별표3> "표적항암제" 해당 의약품명 및 성분명 안내

① 아래 내용은 제 3 조("표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의) 제 1 항에서 정한 "표적항암제"에 대하여 보험가입자의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.

② 아래 "표적항암제" 해당 의약품명 및 성분명은 2022 년 2 월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 "표적항암제" 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

③ 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명 및 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명 및 성분명

- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 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.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. "표적항암제" 해당여부는 전문 의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문/영문)	의약품명(국문)
1	아베마시클립 abemaciclib	버제니오정 50 밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정 100 밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정 150 밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정 200 밀리그램(아베마시클립)
2	아칼라브루티닙 acalabrutinib	칼퀀스캡슐 100 밀리그램(아칼라브루티닙)
3	애플리버셉트 aflibercept	잘트랩주 25mg/mL(애플리버셉트)
4	알렉티닙염산염(미분화) alectinib hydrocholoride	알레센자캡슐 150 밀리그램(알렉티닙염산염)
5	알펠리십 Alpelisib	피크레이정 50 밀리그램(알펠리십), 피크레이정 150 밀리그램(알펠리십), 피크레이정 200 밀리그램(알펠리십)
6	아미반타맙 Amivantamab	리브리반트주(아미반타맙)
7	아파티닙이말레산염 apatinib mesylate	지오트립정 20 밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정 30 밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정 40 밀리그램(아파티닙이말레산염)
8	아테졸리주맙 atezolizumab	티쎈트릭주(아테졸리주맙)
9	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
10	엑시티닙 axitinib	인라이타정 1 밀리그램(엑시티닙)
		인라이타정 5 밀리그램(엑시티닙)

번호	성분명(국문/영문)	의약품명(국문)
11	베바시주맙 bevacizumab	아바스틴주(베바시주맙)
		온베브지주(베바시주맙)
		자이라베브주(베바시주맙)
		아림시스주(베바시주맙)
12	블리나투모맙 blinatumomab	블린사이토주 35 마이크로그램(블리나투모맙, 유전자재조합)
13	보르테조밉삼합체 bortezomib	벨케이드주(보르테조밉삼합체)
		테조벨주(보르테조밉삼합체)
		프로테조밉주(보르테조밉삼합체)
		벨킨주 3.5 밀리그램(보르테조밉삼합체)
		보테벨주 3.5 밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조민주 3.5 밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨킨주 2.5 밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨조밉주 3.5 밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨조밉주 1 밀리그램(보르테조밉삼합체)
		프로테조밉주 2.5 밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조민주 2.5 밀리그램(보르테조밉삼합체)
14	보르테조밉일수화물 bortezomib	화이자보르테조밉주 3.5 밀리그램(보르테조밉일수화물)
15	브렌툭시맙베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌툭시맙베도틴)
16	브리가티닙 brigatinib	알룬브릭정 30 밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정 90 밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정 180 밀리그램(브리가티닙)
17	카보잔티닙(S)-말산염 cabozantinib-s-malate	카보메틱스정 60 밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정 40 밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정 20 밀리그램(카보잔티닙)
18	카프마티닙염산염일수화물 Capmatinib Hydrochloride Monohydrate	타브렉타정 200 밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
		타브렉타정 150 밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
19	카르필조밉 carfilzomib	키프롤리스주 60 밀리그램(카르필조밉)
		키프롤리스주 30 밀리그램(카르필조밉)
20	세리티닙 ceritinib	자이카디아캡슐 150 밀리그램(세리티닙)
21	세툭시맙 CETUXIMAB	얼비툭스주 5mg/mL (세툭시맙)
22	헤미푸마르산코비메티닙 cobimetinib	코텔릭정 20 밀리그램(코비메티닙)
23	크리조티닙 crizotinib	잴코리캡슐 200 밀리그램(크리조티닙)
		잴코리캡슐 250 밀리그램(크리조티닙)

번호	성분명(국문/영문)	의약품명(국문)
24	다브라페닙메실산염(미분화) dabrafenib	라핀나캡슐 50 밀리그램(다브라페닙메실산염)
		라핀나캡슐 75 밀리그램(다브라페닙메실산염)
25	다코미티닙수화물 dacomitinib	비짐프로정 15 밀리그램(다코미티닙수화물)
		비짐프로정 45 밀리그램(다코미티닙수화물)
		비짐프로정 30 밀리그램(다코미티닙수화물)
26	다라투무맙 daratumumab	다잘렉스주(다라투무맙)
		다잘렉스피하주사(다라투무맙)
27	다사티닙 dasatinib	스프라이셀정 70 밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정 50 밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정 20 밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정 100 밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정 80 밀리그램(다사티닙)
28	더발루맙 durvalumab	임핀지주(더발루맙)
29	엘로투주맙 elotuzumab	엠플리시티주 300 밀리그램(엘로투주맙, 유전자재조합)
		엠플리시티주 400 밀리그램(엘로투주맙, 유전자재조합)
30	엔코라페닙 Encorafenib	비라토비캡슐 75 밀리그램(엔코라페닙)
31	엔트렉티닙 Entrectinib	로즐리트렉캡슐 100 밀리그램(엔트렉티닙)
		로즐리트렉캡슐 200 밀리그램(엔트렉티닙)
32	엘로티닙염산염 erlotinib	타쎄바정 100 밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정 25 밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로팁정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로쎄타정 100 밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로쎄타정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄원정 100 밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄원정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정 100 밀리그램(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정 25mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정 150mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정 100mg(엘로티닙염산염)
33	에베로리무스 everolimus	아피니토정 10 밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정 5 밀리그램(에베로리무스)

번호	성분명(국문/영문)	의약품명(국문)
		아피니토정 2.5 밀리그램(에베로리무스)
		에리니토정 10mg(에베로리무스)
		에리니토정 5 밀리그램(에베로리무스)
		에베로즈정 2.5 밀리그램(에베로리무스)
		에베로즈정 5 밀리그램(에베로리무스)
		에베로즈정 10 밀리그램(에베로리무스)
34	게피티니브 gefitinib	이레사정(게피티니브)
		이레피논정(게피티니브)
		스펙사정 250 밀리그램(게피티니브)
		레피사정(게피티니브)
		제피티닙정(게피티니브)
		이레티닙정 250 밀리그램(게피티니브)
35	겜투주맙오조가마이신 Gemtuzumab Ozogamicin	마일로탁주 4.5 밀리그램(겜투주맙오조가마이신)
36	길테리티닙푸마르산염 Gilteritinib fumarate	조스파타정 40 밀리그램(길테리티닙푸마르산염)
37	이브루티닙 ibrutinib	임브루비카캡슐 140 밀리그램(이브루티닙)
38	이매티닙메실산염 imatinib mesylate	글리벡필름코팅정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		이니벡정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매팁정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		이니벡정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매팁정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)

번호	성분명(국문/영문)	의약품명(국문)
		글리티브필름코팅정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정 200 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정 200 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글로팁정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정 200 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정 300 밀리그램(이매티닙메실산염)
39	이노투주맙오조가마이신 Inotuzumab Ozogamicin	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
40	이필리무맙 ipilimumab	여보이주 200 밀리그램/40 밀리리터(이필리무맙,유전자재조합)
		여보이주 50 밀리그램/10 밀리리터(이필리무맙, 유전자재조합)
41	이사툭시맙 isatuximab	살클리사주(이사툭시맙)
42	익사조밉시트레이트 ixazomib citrate	닌라로캡슐 2.3 밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐 3 밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐 4 밀리그램(익사조밉시트레이트)
43	라파티닙 디토실레이트 lapatinib ditosylate	타이커브정 250 밀리그램(라파티닙디토실레이트)
44	라로트렉티닙황산염 Larotrectinib Sulfate	비트락비캡슐 25 밀리그램(라로트렉티닙황산염)
		비트락비캡슐 100 밀리그램(라로트렉티닙황산염)
		비트락비액(라로트렉티닙황산염)
45	레이저티닙메실산염일수화물 Lazertinib Mesylate Monohydrate	렉라자정 80 밀리그램(레이저티닙메실산염일수화물)
46	레날리도마이드 lenalidomide	레날도캡슐 7.5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐 5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐 2.5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐 25mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐 20mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐 15mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐 10mg(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐 25 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐 15 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐 10 밀리그램(레날리도마이드)

번호	성분명(국문/영문)	의약품명(국문)
		레블리킨캡슐 5 밀리그램(레날리도마이드)
47	레날리도마이드무수물 lenalidomide	레날리드정(레날리도마이드)
48	레날리도마이드반수화물 lenalidomide	레블리미드캡슐 5 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 10 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 15 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 25 밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 10 밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 15 밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 2.5 밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 20 밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 25 밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 5 밀리그램(레날리도마이드)
49	레날리도마이드수화물 lenalidomide	레블리미드캡슐 20 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 7.5 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 2.5 밀리그램(레날리도마이드)
50	렌바티닙메실산염 lenvatinib mesilate	렌비마캡슐 10 밀리그램(렌바티닙메실산염)
		렌비마캡슐 4 밀리그램(렌바티닙메실산염)
51	롤라티닙 Lorlatinib	로비큐아정 25 밀리그램(롤라티닙)
		로비큐아정 100 밀리그램(롤라티닙)
52	미도스타우린 midostaurin	라이답연질캡슐 25 밀리그램(미도스타우린)
53	네라티닙말레산염 Neratinib Maleate	너링스정(네라티닙말레산염)
54	닐로티닙염산염일수화물 nilotinib	타시그나캡슐 200 밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐 150 밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐 50 밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
55	니라파립토실산염일수화물 niraparib	제줄라캡슐 100 밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
56	니볼루맙(유전자재조합) nivolumab	옵디보주 100mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주 20mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주 240mg(니볼루맙,유전자재조합)
57	오비누투주맙 obinutuzumab	가싸이바주(오비누투주맙, 유전자재조합)
58	올라파립 olaparib	린파자캡슐 50 밀리그램(올라파립)
		린파자정 150 밀리그램(올라파립)
		린파자정 100 밀리그램(올라파립)
59	올무티닙염산염일수화물 olmutinib hci	올리타정 400 밀리그램(올무티닙염산염일수화물)

번호	성분명(국문/영문)	의약품명(국문)
	monohydrate	올리타정 200 밀리그램(올무티닙염산염일수화물)
60	오시머티닙메실산염 osimertinib mesylate	타그리소정 40 밀리그램(오시머티닙메실산염)
		타그리소정 80 밀리그램(오시머티닙메실산염)
61	팔보시클립 palbociclib	입랜스캡슐 75mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐 125mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐 100mg(팔보시클립)
		입랜스정 75 밀리그램(팔보시클립)
		입랜스정 125 밀리그램(팔보시클립)
		입랜스정 100 밀리그램(팔보시클립)
62	파조파닙염산염 pazopanib	보트리엔트정 400 밀리그램(파조파닙염산염)
		보트리엔트정 200 밀리그램(파조파닙염산염)
63	펨브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙,유전자재조합)
64	퍼투주맙 pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맙)
65	퍼투주맙,트라스투주맙 Pertuzumab,Trastuzumab	페스코피하주사 600/600 밀리그램(퍼투주맙/트라스투주맙)
		페스코피하주사 1200/600 밀리그램(퍼투주맙/트라스투주맙)
66	폴라투주맙 베도틴 Polatuzumab Vedotin	폴라이비주(폴라투주맙베도틴)
67	포말리도마이드 pomalidomide	포말리스트캡슐 4 밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐 3 밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐 2 밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐 1 밀리그램(포말리도마이드)
68	포나티닙 염산염 ponatinib	아이클루시그정 15 밀리그램(포나티닙염산염)
		아이클루시그정 45 밀리그램(포나티닙염산염)
69	라도티닙염산염 radotinib hydrochloride	슈펙트캡슐 200 밀리그램(라도티닙염산염)
		슈펙트캡슐 100 밀리그램(라도티닙염산염)
70	라무시루맙 ramucirumab	사이람자주 10 밀리그램/밀리리터(라무시루맙,유전자재조합)
71	레고라페닙일수화물 REGORAFENIB	스티바가정 40 밀리그램(레고라페닙)
72	리보시클립숙신산염 ribociclib	키스칼리정 200 밀리그램(리보시클립숙신산염)
73	리툭시맙 rituximab	맙테라주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
		맙테라피하주사(리툭시맙)(유전자재조합)
		트룩시마주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
74	룩소리티닙인산염 ruxolitinib phosphate	자카비정 20 밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정 15 밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정 5 밀리그램(룩소리티닙인산염)

번호	성분명(국문/영문)	의약품명(국문)
		자카비정 10 밀리그램(룩소리티닙인산염)
75	셀리넥서 Selinexor	엑스포비오정 20 밀리그램(셀리넥서)
76	실툭시맙 (단클론항체, 유전자재조합) siltuximab	실반트주 100 밀리그램(실툭시맙, 유전자재조합)
		실반트주 400 밀리그램(실툭시맙, 유전자재조합)
77	소라페닙토실레이트(미분화) sorafenib tosylate	넥사바정 200 밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
		소라닙정 200 밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
78	소토라십 Sotorasib	루마크라스정 120 밀리그램(소토라십)
79	수니티닙말산염 sunitinib malate	수텐캡슐 12.5 밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐 25 밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐 50 밀리그램(수니티닙말산염)
80	탈라조파립토실산염 Talazoparib tosylate	탈제나캡슐 1 밀리그램(탈라조파립토실산염)
		탈제나캡슐 0.25 밀리그램(탈라조파립토실산염)
81	템시롤리무스 temsirolimus	토리셀주(템시롤리무스)
82	테포티닙염산염수화물 Tepotinib Hydrochloride Hydrate	텝메코정 225 밀리그램(테포티닙염산염수화물)
83	탈리도마이드 thalidomide	세엘진탈리도마이드캡슐 50 밀리그램
		탈로다캡슐 50 밀리그램(탈리도마이드)
		탈로다캡슐 100 밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐 50 밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐 100 밀리그램(탈리도마이드)
		탈라이드캡슐 50mg(탈리도마이드)
		탈라이드캡슐 100mg(탈리도마이드)
84	티라브루티닙염산염 Tirabrutinib Hydrochloride	베렉스브루정 80 밀리그램(티라브루티닙염산염)
85	티사젠렉류셀 Tisagenlecleucel	킴리아주(티사젠렉류셀)
86	트라메티닙디메틸설폭시드 trametinib	매큐셀정 0.5 밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
		매큐셀정 2 밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
87	트라스투주맙 trastuzumab	허셉틴주 150 밀리그람(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
		허쥬마주 150mg(트라스투주맙)(단클론항체, 유전자재조합)
		허쥬마주 440mg(트라스투주맙)(단클론항체, 유전자재조합)
		허셉틴주 440 밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴피하주사 600 밀리그램(트라스투주맙)
		삼페넷주 150 밀리그램(트라스투주맙)

번호	성분명(국문/영문)	의약품명(국문)
		오기브리주 150 밀리그램(트라스투주맙)
		삼페넷주 440 밀리그램(트라스투주맙)
88	트라스투주맙엠탄신 trastuzumab emtansine	캐싸일라주 100 밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
		캐싸일라주 160 밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
89	반데타닙 vandetanib	카프렐사정 100 밀리그램(반데타닙)
		카프렐사정 300 밀리그램(반데타닙)
90	베무라페닙혼합물 vemurafenib	젤보라프정 240 밀리그램(베무라페닙)
91	베네토클락스 venetoclax	벤클렉스타정 100 밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정 10 밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정 50 밀리그램(베네토클락스)
92	비스모데깁 vismodegib	에리벳지캡슐 150 밀리그램(비스모데깁)
93	보리노스타트 vorinostat	졸린자캡슐 100 밀리그램(보리노스타트)
94	자누브루티닙 Zanubrutinib	브루킨사캡슐 80 밀리그램(자누브루티닙)

<별표4> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
"계속받는 표적항암약물허가치료급여금" (제4조 제1항)	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%)
해약환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 40%
	청구일의 다음날부터 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. 특약의 체결 및 소멸(제12조 제2항 제2호)에서 사망 당시의 계약자적립액을 지급함에 있어 지급기일의 다음날부터 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
   ① 지급기일의 다음 날부터 30일이내 기간: 보험계약대출이율
   ② 지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(4%)
   ③ 지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(6%)
   ④ 지급기일의 91일이후 기간: 보험계약대출이율+가산이율(8%)

4. 가산이율 적용시 제8조(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.

6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

특약 가입자를 위한 표적항암제 및 표적항암약물치료 관련 안내사항

Q1) 표적항암약물치료란 무엇인가요? 일반적인 항암약물치료와는 어떻게 다른가요?

☞ 암의 성장과 진행에 관여하는 특정한 분자의 활동을 방해하여 암이 성장하고 퍼지는 것을 막는 약제를 “표적항암제”라고하고, 이러한 “표적항암제”를 사용하여 치료하는 것을 “표적항암약물치료”라고 합니다.

☞ 표적항암약물치료는 세포독성항암제를 사용하는 기존 항암약물치료에 비해 정상 세포의 손상을 최소화하며, 기존 치료법에 비해 생존율을 향상시킨다는 여러 연구 결과가 발표되고 있습니다.

Q2) 표적항암약물치료는 만능 치료법인가요?

☞ 표적항암약물치료는 몇몇 암종의 치료에서는 패러다임을 변화시켰지만 절대 만능 치료법이 아닙니다.

① 표적항암약물치료에 사용되는 표적항암제는 암세포가 가진 특정한 물질 분자를 표적하여 암세포를 공격하고 이를 통해 치료의 효과를 나타낼 수 있도록 만들어졌습니다. 이 특정한 물질 분자를 표적하여 암세포를 공격하는 방법은 각 표적항암제의 작용 기전에 따라 다양합니다. 따라서 표적항암약물치료를 하기 위해서는 각 표적항암제가 작용하는 특정 표적인자에 대한 검사가 필요하며, 검사결과 및 그 외 임상 정보 등을 고려하여 처방을 받을 수 있습니다.

② 표적항암약물치료는 표적항암제 가격이 다른 일반항암제에 비해 상대적으로 고가(高價)이므로 많은 치료 비용을 요합니다.

③ 표적항암약물치료는 치료 효과를 지속적으로 유지하기 위해 장기적인 투약을 필요로 합니다.

④ 표적항암약물치료는 암에 내성이 생기는 경우 효과가 감소될 수 있습니다.

Q3) 모든 환자가 표적항암약물치료를 받을 수 있는 건가요?

☞ 표적항암약물치료는 이름에서도 알 수 있듯 암세포가 가진 특정 분자를 표적 하여 암세포를 공격하고 이를 통해 치료의 효과가 발현됩니다. 그러나 같은 종류의 암을 진단받은 환자라고 하더라도 이 특정한 표적 인자가 나타나는 환자가 있고 그렇지 않은 환자도 있습니다.

☞ 표적항암약물치료에 사용되는 표적항암제의 처방은 치료를 통해 충분한 치료의 효과가 기대되는 표적인자 보유 환자에게만 이뤄집니다. 따라서 암의 치료 선택 과정에서 해당 전문의는 환자가 어떤 표적 인자를 보유하고 있는지를 확인하고 처방을 결정할 수 있습니다.

Q4) 표적항암약물치료는 부작용이 없는 건가요?

☞ 어떤 치료 방법이든 부작용이 전혀 없을 수는 없습니다. 표적항암약물치료도 기존 항암약물치료보다는 부작용이 적지만 경우에 따라 특유의 부작용이 발생할 수 있으며 환자마다 체감하는 정도가 다를 수 있습니다.

☞ 표적항암약물치료의 대표적인 부작용으로는 피부발진, 발열 및 오한, 메스꺼움 및 구토, 설사 또는 변비, 부종, 관절통 및 근육통 등이 있습니다. 처방 전 표적항암약물치료로 유발될 수 있는 부작용은 반드시 전문의 자문을 통해 확인하고 투약하여야 합니다.

Q5) 암종별로 어떤 표적항암제를 처방받을 수 있나요?

☞ 암종별로 주로 처방되는 표적항암제는 아래의 표과 같습니다. 아래의 내용은 대표적인 암종 및 성분·의약품만을 기재한 참고자료 이므로 처방된 항암제의 표적항암제 해당여부는 반드시 전문 의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

암의 종류	대표 성분명 (국문/영문)		대표 의약품명 (국문/영문)	
폐암	게피티니브	Gefitinib	이레사	Iressa
	엘로티닙	Erlotinib	타세바	Tarceva
	아파티닙	Afatinib	지오트립	Gilotrif
	크리조티닙	Crizotinib	잴코리	Xalkori
	베바시주맙	Bevacizumab	아바스틴	Avastin
	세툭시맙	Cetuximab	얼비툭스	Erbitux
유방암	트라스투주맙	Trastuzumab	허셉틴	Herceptin
	라파티닙	Lapatinib	타이커브	Tykerb
	퍼투주맙	Pertuzumab	퍼제타	Perjeta
	트라스투주맙 엠탄신	Trastuzumab emtansine	캐싸일라	Kadcyla
위암	트라스투주맙	Trastuzumab	허셉틴	Herceptin
	라무시루맙	Ramucirumab	사이람자	Cyramza
대장암	베바시주맙	Bevacizumab	아바스틴	Avastin
	세툭시맙	Cetuximab	얼비툭스	Erbitux
	레고라페닙	Regorafenib	스티바가	Stivaga
간암	소라페닙	Sorafenib	넥사바	Nexavar

암의 종류	대표 성분명 (국문/영문)		대표 의약품명 (국문/영문)	
	레고라페닙	Regorafenib	스티바가	Stivaga
	렌바티닙	Lenvatinib	렌비마	Lenvima
신장암	수니티닙	Sunitinib	수텐	Sutenet
	소라페닙	Sorafenib	넥사바	Nexavar
	파조파닙	Pazopanib	보트리엔트	Votrient
	엑시티닙	Axitinib	인라이타	Inlyta
	에베로리무스	Everolimus	아피니토	Afinitor
	베바시주맙	Bevacizumab	아바스틴	Avastin
	템시롤리무스	Temsirolimus	토리셀	Torisel
방광암	아테졸리주맙	Atezolizumab	티쎈트릭	Tecentriq
갑상선암	소라페닙	Sorafenib	넥사바	Nexavar
	반데타닙	Vandetanib	카프렐사	Caprelsa
	렌바티닙	Lenvatinib	렌비마	Lenvima
췌장암	엘로티닙	Erlotinib	타쎄바	Tarceva
두경부암	세툭시맙	Cetuximab	얼비툭스	Erbitux
위장관기질종양 (연조직육종)	이매티닙	Imatinib	글리벡	Gleevec
	수니티닙	Sunitinib	수텐	Sutent
	파조파닙	Pazopanib	보트리엔트	Votrient
	레고라페닙	Regorafenib	스티바가	Stivarga
뇌종양 (교모세포종)	베바시주맙	Bevacizumab	아바스틴	Avastin

※ 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에 의약품명 및 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

[의약품명 및 성분명]

- 의약품명은 제약사마다 상품 판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 성분명은 '효능효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. 표적항암제 해당여부는 전문 의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

무배당 초간편 심뇌혈관질환수술특약(갱신형)
약관

◈ 목 차 ◈

무배당 초간편 심뇌혈관질환수술특약 (갱신형) 약관 4

제1관 보험금의 지급 4

제1조【"심뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정】 4
제2조【"수술"의 정의와 장소】 4
제3조【보험금의 지급사유】 5
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】 5
제5조【보험금을 지급하지 않는 사유】 6
제6조【보험금의 청구】 6
제7조【보험금의 지급절차】 7
제8조【보험수익자의 지정】 8

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 8

제9조【계약 전 알릴 의무】 8
제10조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 8

제3관 보험계약의 성립과 유지 9

제11조【특약의 체결 및 소멸】 9
제12조【피보험자의 범위】 10
제13조【특약 내용의 변경 등】 10
제14조【특약의 갱신】 11
제15조【특약의 보험기간】 12

제4관 보험료의 납입 12

제16조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 12
제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 12
제18조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 14

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등 14

제19조【계약자의 임의해지】 14
제19조의2【위법계약의 해지】 14
제20조【해약환급금】 15
제21조【배당금의 지급】 15

제6관 기타사항 15

제22조【예금보험에 의한 지급보장】 15
제23조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】 15
<별표1> 보험금 지급기준표 16
<별표2> 심뇌혈관질환 분류표 17
<별표3> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 19

무배당 초간편 심뇌혈관질환수술특약 (갱신형) 약관

제1관 보험금의 지급

제1조【"심뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "심뇌혈관질환"이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표2>(심뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② "심뇌혈관질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "의료기관"이라 합니다)에서 해당 분야의 전문의(치과의사, 한의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

의료법 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 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【"수술"의 정의와 장소】

① 이 특약에서 "수술"이란, 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 의료기관에서 의사의 관리하에 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 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치

및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

신의료기술평가위원회

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

② 이 특약에서 “관혈수술”이란, 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, “대뇌내시경”, “복강경하수술”, “흉강경하수술”은 관혈수술과 동일하게 보상합니다.

③ 이 특약에서 “비관혈수술”이란, “내시경수술”, “카테터(도관)수술”, “신의료비관혈수술”을 말합니다.

1. “내시경수술”이란 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다.
2. “카테터(도관)수술”이란 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, “수술”의 정의에 부합하지 않는 “도관을 이용한 약물주입”과 “중심정맥관 삽입술”은 제외합니다.
3. “신의료 비관혈수술”이란 관혈수술 이외의 “수술”의 정의에 부합하고 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 근치 사이버나이프 정위적 방사선 치료, 근치 감마나이프 정위적 방사선 치료 등 비침습적으로 병소를 치료하는 정위적(입체적) 방사선 치료를 포함합니다.

제3조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(<별표1> “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다. (다만, 최초계약의 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 50%를 지급합니다)

1. 특약의 보험기간 중 피보험자가 “심뇌혈관질환”으로 진단 확정되고 “심뇌혈관질환”의 치료를 직접적인 목적으로 제2조(“수술”의 정의와 장소) 제2항에서 정한 “관혈수술”을 받은 경우: 심뇌혈관질환 관혈수술급여금 지급
2. 특약의 보험기간 중 피보험자가 “심뇌혈관질환”으로 진단 확정되고 “심뇌혈관질환”의 치료를 직접적인 목적으로 제2조(“수술”의 정의와 장소) 제3항에서 정한 “비관혈수술”을 받은 경우: 심뇌혈관질환 비관혈수술급여금 지급

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

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

② 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급여금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술급여금을 지급합니다.

동일한 신체부위에 동시에 두 종류 이상의 수술을 받는 경우 지급 예시
1) 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받는 경우: 심뇌혈관질환 관혈수술급여금 1회분 지급
2) 두 종류 이상의 관혈수술을 동시에 받는 경우: 심뇌혈관질환 관혈수술급여금 1회분 지급
3) 두 종류 이상의 비관혈수술을 동시에 받는 경우: 심뇌혈관질환 비관혈수술급여금 1회분 지급

③ 제2항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, '머리', '목', '척추(등뼈)', '체간골(어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈)', '흉부장기·복부장기·비뇨생식기', '팔', '다리', '손가락', '발가락'을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

④ 근치 사이버나이프 정위적 방사선 치료, 근치 감마나이프 정위적 방사선 치료, 내시경수술, 카테터(도관) 등에 의한 경피(피부를 통한)적 수술은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제3조(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.

제5조【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 제3조(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

제6조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 진단서(병명기입), 수술증명서, 진료기록부 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보

험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제6조(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 <별표3> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(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. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에 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 제10조(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 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제8조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제3조(보험금의 지급사유)의 경우에는 피보험자로 합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제9조【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 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 계약 전 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.

제10조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제9조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때

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

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.

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 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 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.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제20조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌) 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제9조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제18조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. (다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

부활(효력회복)

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

제3관 보험계약의 성립과 유지

제11조【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 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
2. 피보험자가 사망한 경우
   이 경우 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" (이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

보험료 및 해약환급금 산출방법서
'보험료 및 해약환급금 산출방법서'는 보험회사의 기초서류 중 하나로 보험료와 계약자적립액 및 해약환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.
계약자적립액
장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

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

⑤ 회사는 제2항 제2호에 따라 사망 당시의 계약자적립액을 지급할 때 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표3> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 이 특약이 주계약의 최초 체결 시 함께 부가할 경우에는 이를 "최초계약"이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료 후 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약이 갱신되는 경우에는 이를 "갱신계약"이라 합니다.

제12조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제13조【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 해약환급금이 있을 때에는 제20조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

감액
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 보험가입금액(구좌)을 계약 시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 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 제3조(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.

제14조【특약의 갱신】

① 이 특약은 계약자가 이 특약의 보험료 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 특약의 연체된 보험료 및 갱신 후 특약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 한하여 갱신되어 계속 유지됩니다.

납입최고(독촉)
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

② 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 계약자가 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
2. 갱신되는 특약의 보험기간 만료일이 주계약의 보험기간 만료일을 초과하거나 피보험자의 나이가 100세가 되는 계약해당일을 초과하는 경우
3. 이 특약의 주계약이 갱신계약임에도 불구하고 주계약이 갱신되지 않는 경우

③ 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우에 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 등은 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신시의 기초율(이율 및 위험률 등)을 적용합니다.

④ 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우 특약의 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

⑤ 회사는 갱신되는 특약의 변경 내용 및 갱신되는 특약의 보험료 등을 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.

제15조【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 하며, 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 특약의 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지의 기간이 10년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 5년 만기 갱신으로 하며, 5년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 갱신일부터 최종으로 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제16조【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 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제2항에서 주계약의 보험료와 함께 특약의 보험료를 선납하는 경우에는 특약의 잔여 보험료 납입기간을 초과하는 기간에 해당하는 특약의 보험료를 선납할 수 없습니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 특약을 준용합니다.

납입기일

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

③ 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.

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 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 회사가 제3항에 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 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑤ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

⑥ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제20조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조【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 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제19조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제20조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제19조의2【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 제20조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제20조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다. 또한, 미경과보험료가 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금 및 미경과보험료를 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표3> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제19조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제21조【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

제22조【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

제23조【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 심뇌혈관질환 관혈수술급여금 (약관 제3조 제1호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 “심뇌혈관질환”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “관혈수술”을 받은 경우
지 급 금 액	최초계약의 계약일부터 1년 미만: 수술 1회당 150만원 최초계약의 계약일부터 1년 이후: 수술 1회당 300만원

⑵ 심뇌혈관질환 비관혈수술급여금 (약관 제3조 제2호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 “심뇌혈관질환”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “비관혈수술”을 받은 경우
지 급 금 액	최초계약의 계약일부터 1년 미만: 수술 1회당 50만원 최초계약의 계약일부터 1년 이후: 수술 1회당 100만원

㈜ 1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 1년 미만(최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 삭감과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

2. 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급여금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술급여금을 지급합니다.

<별표2> 심뇌혈관질환 분류표

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

대 상 질 병 명	분류번호
1. 심장 침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
2. 심장 침범이 있는 류마티스열	I01
3. 류마티스무도병	I02
4. 류마티스성 승모판질환	I05
5. 류마티스성 대동맥판질환	I06
6. 류마티스성 삼첨판질환	I07
7. 다발판막질환	I08
8. 기타 류마티스심장질환	I09
9. 협심증	I20
10. 급성심근경색증	I21
11. 후속심근경색증	I22
12. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
13. 기타 급성 허혈심장질환	I24
14. 만성 허혈심장병	I25
15. 폐색전증	I26
16. 기타 폐성 심장질환	I27
17. 폐혈관의 기타 질환	I28
18. 급성 심장막염	I30
19. 심장막의 기타 질환	I31
20. 달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
21. 급성 및 아급성 심내막염	I33
22. 비류마티스성 승모판장애	I34
23. 비류마티스성 대동맥판장애	I35
24. 비류마티스성 삼첨판장애	I36
25. 폐동맥판장애	I37
26. 상세불명 판막의 심내막염	I38
27. 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
- 칸디다심내막염	B37.6
28. 급성 심근염	I40

29. 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
30. 심근병증	I42
31. 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
32. 방실차단 및 좌각차단	I44
33. 기타 전도장애	I45
34. 심장정지	I46
35. 발작성 빈맥	I47
36. 심방세동 및 조동	I48
37. 기타 심장부정맥	I49
38. 심부전	I50
39. 심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
40. 달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
- 수막알균성 심장병	A39.5
41. 거미막하출혈	I60
42. 뇌내출혈	I61
43. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
44. 뇌경색증	I63
45. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
46. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
47. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
48. 기타 뇌혈관질환	I67
49. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
50. 뇌혈관질환의 후유증	I69

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

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

<별표3> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
심뇌혈관질환 관혈수술급여금, 심뇌혈관질환 비관혈수술급여금 (제3조)	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%)
해약환급금 (제20조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 40%
	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. 특약의 체결 및 소멸(제11조 제2항 제2호)에서 사망 당시의 계약자적립액을 지급함에 있어 지급기일의 다음날부터 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

① 지급기일의 다음 날부터 30일이내 기간: 보험계약대출이율

② 지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(4%)

③ 지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(6%)

④ 지급기일의 91일이후 기간: 보험계약대출이율+가산이율(8%)

4. 가산이율 적용시 제7조(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.

6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 초간편 고액암특약(갱신형)
약관

◈ 목 차 ◈

무배당 초간편 고액암특약(갱신형) 약관 4

제1관 보험금의 지급 4

제1조【"고액암"의 정의 및 진단확정】..... 4
제2조【보험금의 지급사유】..... 4
제3조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... 5
제4조【보험금을 지급하지 않는 사유】..... 6
제5조【보험금의 청구】..... 6
제6조【보험금의 지급절차】..... 6
제7조【보험수익자의 지정】..... 7

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 7

제8조【계약 전 알릴 의무】..... 7
제9조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】..... 8

제3관 보험계약의 성립과 유지 9

제10조【특약의 체결 및 소멸】..... 9
제11조【피보험자의 범위】..... 10
제12조【특약의 무효】..... 10
제13조【특약 내용의 변경 등】..... 10
제14조【특약의 갱신】..... 11
제15조【특약의 보험기간】..... 11

제4관 보험료의 납입 12

제16조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】..... 12
제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】..... 12
제18조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】..... 13

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등 14

제19조【계약자의 임의해지】 14
제19조의2【위법계약의 해지】 14
제20조【해약환급금】 14
제21조【배당금의 지급】 15

제6관 기타사항 15

제22조【예금보험에 의한 지급보장】 15
제23조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】 15
<별표1> 보험금 지급기준표 16
<별표2> 대상이 되는 고액치료비관련암 17
<별표3> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 18

무배당 초간편 고액암특약(갱신형) 약관

제1관 보험금의 지급

제1조【“고액암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 “고액암”이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표2>(대상이 되는 고액치료비관련암)에서 정한 질병을 말합니다.

② “고액암”의 진단확정은 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 하며, 이 경우 "고액암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “고액암”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

유의사항

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

설명

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물(암))이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물(암))이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물(암))이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.

제2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 고액암보장개시일 이후에 피보험자가 제1조(“고액암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “고액암”으로 진단확정된 경우에는 보험수익자에게 약정한 고액암진단급여금(<별표1> “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

(다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 최초계약의 경우 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 진단확정시에는 50%를 지급합니다)

고액암보장개시일

고액암에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 갱신계약의 고액암보장개시일은 갱신일로 하며, 부활(효력회복)계약의 고액암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

부활(효력회복)

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

제3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

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

② 피보험자가 특약의 보험기간 중 제16조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 고액암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 보아 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 이미 피보험자의 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제2조(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.

의료법 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 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.

제4조【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 해친 경우 제2조(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

제5조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 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.

제6조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제5조(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 <별표3> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수

한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

보험금 가지급제도

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

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. 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

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

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제9조(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.

제7조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제2조(보험금의 지급사유)의 경우에는 피보험자로 합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제8조【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 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. 다만, 전화를 이용하여 보험계약을 청약하는 경우에는 음성녹음으로 대신합니다.

제9조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제8조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때

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

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반 사실(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 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는「전자서명법」제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 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.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제20조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌) 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제8조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제18조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. (다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조【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 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
2. 피보험자가 사망한 경우
   이 경우 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

보험료 및 해약환급금 산출방법서

‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’는 보험회사의 기초서류 중 하나로 보험료와 계약자적립액 및 해약환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.

3. 제2조(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 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

⑤ 이 특약이 주계약의 최초 체결시 함께 부가할 경우에는 이를 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료후 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약이 갱신되는 경우에는 이를 “갱신계약”이라 합니다.

⑥ 회사는 제2항 제2호에 따라 사망 당시의 계약자적립액을 지급할 때 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표3> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제11조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조【특약의 무효】

피보험자가 계약일부터 제16조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정한 고액암보장개시일 전일 이전에 제1조(“고액암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “고액암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 특약의 보험료를 돌려 드립니다.

제13조【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 해약환급금이 있을 때에는 제20조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

감액
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 보험가입금액(구좌)을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 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 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 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.

제14조【특약의 갱신】

① 이 특약은 계약자가 이 특약의 보험료 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 특약의 연체된 보험료 및 갱신 후 특약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 한하여 갱신되어 계속 유지됩니다.

납입최고(독촉)
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

② 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 계약자가 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
2. 갱신되는 특약의 보험기간 만료일이 주계약의 보험기간 만료일을 초과하거나 피보험자의 나이가 100세가 되는 계약해당일을 초과하는 경우
3. 이 특약의 주계약이 갱신계약임에도 불구하고 주계약이 갱신되지 않는 경우
4. 특약의 보험기간 중 피보험자에게 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 고액암진단급여금의 지급사유가 발생한 경우

③ 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우에 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 등은 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신시의 기초율(이율 및 위험률 등)을 적용합니다.

④ 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우 특약의 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

⑤ 회사는 갱신되는 특약의 변경 내용 및 갱신되는 특약의 보험료 등을 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.

제15조【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 하며, 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 특약의 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지의 기간이 10년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 5년 만기 갱신으로 하며, 5년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 갱신일부터 최종으로 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제16조【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 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제2항에서 주계약의 보험료와 함께 특약의 보험료를 선납하는 경우에는 특약의 잔여 보험료 납입기간을 초과하는 기간에 해당하는 특약의 보험료를 선납할 수 없습니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

보장개시일

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

⑥ 제5항에도 불구하고 제1조(“고액암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “고액암” 보장에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “고액암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 갱신계약의 고액암보장개시일은 갱신일로 하며, 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 특약을 준용합니다.

납입기일

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

③ 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.

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 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 회사가 제3항에 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 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑤ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에「보험업감독규정」제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

⑥ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제20조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조【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 제17조(보험료의 납입이 연체되는

경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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, 고액암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제19조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제20조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제19조의2【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 제20조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제20조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다. 또한, 미경과보험료가 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금 및 미경과보험료를 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표3> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
④ 제19조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제21조【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

제22조【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

제23조【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)

■ 고액암진단급여금 (약관 제2조)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 고액암보장개시일 이후에 “고액암”으로 진단 확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	최초계약의 계약일부터 1년 미만: 50만원 최초계약의 계약일부터 1년 이후: 100만원

㈜ 1. 고액암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 갱신계약의 고액암보장개시일은 갱신일로 하며, 부활(효력회복)계약의 고액암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

2. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 1년 미만(최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 삭감과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

<별표2> 대상이 되는 고액치료비관련암

약관에서 정하는 고액치료비관련암으로 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 고액치료비관련암 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40-C41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C41
2. 뇌 및 중추 신경계통의 기타부분의 악성신생물(암)	C70-C72
- 수막의 악성신생물(암)	C70
- 뇌의 악성신생물(암)	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C72
3. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81-C96
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포 림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성면역증식성 질환	C88
- 다발골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물(암)	C96
- 만성 골수증식 질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

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

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

<별표3> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
고액암진단급여금 (제2조)	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%)
해약환급금 (제20조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율 (이 특약의 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 평균공시이율 (이 특약의 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 40%
	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. 특약의 체결 및 소멸(제10조 제2항 제2호)에서 사망 당시의 계약자적립액을 지급함에 있어 지급기일의 다음날부터 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

① 지급기일의 다음 날부터 30일이내 기간: 보험계약대출이율

② 지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(4%)

③ 지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(6%)

④ 지급기일의 91일이후 기간: 보험계약대출이율+가산이율(8%)

4. 가산이율 적용시 제6조(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.

6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 초간편 암수술특약 (갱신형)
약 관

◈ 목 차 ◈

무배당 초간편 암수술특약 (갱신형) 약관 4

제1관 보험금의 지급 4

제1조【"암", "기타피부암", "갑상선암"의 정의 및 진단확정】.....4
제2조【"제자리암"의 정의 및 진단확정】.....5
제3조【"경계성종양"의 정의 및 진단확정】.....5
제4조【"수술"의 정의와 장소】.....5
제5조【보험금의 지급사유】.....6
제6조【보험금 지급에 관한 세부규정】.....7
제7조【보험금을 지급하지 않는 사유】.....7
제8조【보험금의 청구】.....7
제9조【보험금의 지급절차】.....8
제10조【보험수익자의 지정】.....9

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 9

제11조【계약 전 알릴 의무】.....9
제12조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】.....9

제3관 보험계약의 성립과 유지 10

제13조【특약의 체결 및 소멸】.....10
제14조【피보험자의 범위】.....11
제15조【특약의 무효】.....11
제16조【특약 내용의 변경 등】.....11
제17조【특약의 갱신】.....12
제18조【특약의 보험기간】.....13

제4관 보험료의 납입 13

제19조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】.....13

제20조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 14
제21조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 15

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등 15

제22조【계약자의 임의해지】 15
제22조의2【위법계약의 해지】 15
제23조【해약환급금】 16
제24조【배당금의 지급】 16

제6관 기타사항 16

제25조【예금보험에 의한 지급보장】 16
제26조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】 16
<별표1> 보험금 지급기준표 18
<별표2> 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 갑상선암 제외) 19
<별표3> 제자리의 신생물 분류표 21
<별표4> 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 22
<별표5> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 23

무배당 초간편 암수술특약 (갱신형) 약관

제1관 보험금의 지급

제1조【"암", "기타피부암", "갑상선암"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 **"암"**이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표2> (대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 갑상선암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암)), 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

유의사항

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

설명

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물(암))이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암))로 진단된 경우에도C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물(암))이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물(암))이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 이 특약에서 **"기타피부암"**이란, 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 **"갑상선암"**이란, 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 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 하며, 이 경우 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조【"제자리암"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 **"제자리암"**이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표3> (제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② "제자리암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "제자리암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조【"경계성종양"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 **"경계성종양"**이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표4> (행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조【"수술"의 정의와 장소】

이 특약에서 "수술"이란, 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 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 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 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), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등], 항암방사선치료, 항암약물치료는 “수술”에서 제외합니다.

의료법 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 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.

신의료기술평가위원회

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

제5조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 “암보장개시일”(다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 경우 보장개시일) 이후에 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 확정되고 그 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 “수술”을 받은 경우에는 보험수익자에게 약정한 암수술급여금(<별표1> “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

(다만, 최초계약의 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 암수술급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 50%를 지급합니다)

암보장개시일

“암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 하며, 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

부활(효력회복)

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

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.

제6조【보험금 지급에 관한 세부규정】

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

② 제5조(보험금의 지급사유)의 경우 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 암수술급여금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 암수술급여금을 지급합니다.

③ 제2항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, '머리', '목', '척추(등뼈)', '체간골(어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈)', '흉부장기·복부장기·비뇨생식기', '팔', '다리', '손가락', '발가락'을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

④ 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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조【보험금을 지급하지 않는 사유】

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제8조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 진단서(병명기입), 수술증명서, 진료기록부 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보

험수익자 의사표시의 확인방법 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.

제9조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제8조(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 <별표5> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

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

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

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

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제12조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제10조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제5조(보험금의 지급사유)의 경우에는 피보험자로 합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조【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 계약 전 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.

제12조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때

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

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 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 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 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.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌) 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제11조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. (다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제3관 보험계약의 성립과 유지

제13조【특약의 체결 및 소멸】

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

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

1. 주계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력이 없는 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

2. 피보험자가 사망한 경우
   이 경우 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

보험료 및 해약환급금 산출방법서
‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’는 보험회사의 기초서류 중 하나로 보험료와 계약자적립액 및 해약환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.
계약자적립액
장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

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

⑤ 회사는 제2항 제2호에 따라 사망 당시의 계약자적립액을 지급할 때 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표5> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

⑥ 이 특약이 주계약의 최초 체결 시 함께 부가할 경우에는 이를 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료 후 제17조(특약의 갱신)에 의하여 특약이 갱신되는 경우에는 이를 “갱신계약”이라 합니다.

제14조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조【특약의 무효】

피보험자가 계약일부터 제19조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정한 암보장개시일 전일 이전에 제1조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 특약의 보험료를 돌려드립니다.

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 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

감액
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 보험가입금액(구좌)을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 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 제5조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

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

제17조【특약의 갱신】

① 이 특약은 계약자가 이 특약의 보험료 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 특약의 연체된 보험료 및 갱신 후 특약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 한하여 갱신되어 계속 유지됩니다.

납입최고(독촉)
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

② 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 계약자가 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
2. 갱신되는 특약의 보험기간 만료일이 주계약의 보험기간 만료일을 초과하거나 피보험자의 나이가 100세가 되는 계약해당일을 초과하는 경우
3. 이 특약의 주계약이 갱신계약임에도 불구하고 주계약이 갱신되지 않는 경우

③ 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우에 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 등은 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신시의 기초율(이율 및 위험률 등)을 적용합니다.

④ 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우 특약의 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

⑤ 회사는 갱신되는 특약의 변경 내용 및 갱신되는 특약의 보험료 등을 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.

제18조【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 하며, 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 특약의 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지의 기간이 10년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 5년 만기 갱신으로 하며, 5년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 갱신일부터 최종으로 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제19조【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 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제2항에서 주계약의 보험료와 함께 특약의 보험료를 선납하는 경우에는 특약의 잔여 보험료 납입기간을 초과하는 기간에 해당하는 특약의 보험료를 선납할 수 없습니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 제1조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 하며, 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제20조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 특약을 준용합니다.

납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

③ 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.

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 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 회사가 제3항에 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 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑤ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에「보험업감독규정」제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것

5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

⑥ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조【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 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제22조의2【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 제23조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제23조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다. 또한, 미경과보험료가 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금 및 미경과보험료를 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표5> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제22조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제24조【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

제25조【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

제26조【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)

■ 암수술급여금 (약관 제5조)

<table>
<tr><th>지 급 사 유</th><th>지 급 금 액</th></tr>
<tr><td>특약의 보험기간 중 암보장개시일(다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 경우 보장개시일) 이후에 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 확정되고 그 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우</td><td>
<table>
<tr><td>암</td><td>수술 1회당
10만원</td></tr>
<tr><td>기타피부암, 갑상선암,
제자리암, 경계성종양</td><td>수술 1회당
5만원</td></tr>
</table>
다만, 최초계약의 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 암수술급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 상기 금액의 50%를 지급합니다.
</td></tr>
</table>

㈜ 1. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 하며, 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

2. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 1년 미만(최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 삭감과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

3. 특약의 보험기간 중 암보장개시일 전일 이전에 피보험자가 “암”으로 진단확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 특약의 보험료를 돌려 드립니다.

<별표2> 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 갑상선암 제외)

약관에서 정하는 악성신생물(암)로 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 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

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

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

3. 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44) 및 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)은 상기 분류표에서 제외합니다.

4. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<별표3> 제자리의 신생물 분류표

약관에서 정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 정하는 제자리의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대 상 신 생 물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세 불명 부위의 제자리암종	D09

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

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

<별표4> 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 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 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

㈜ 1. 제9차 개정 이후 약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 만성 골수증식질환(분류번호 D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(분류번호 D47.3), 골수섬유증(분류번호 D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](분류번호 D47.5)은 "9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물"에 포함되지 않는 것으로 보아 상기 분류표에서 제외됩니다.

<별표5> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
암수술급여금 (제5조)	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%)
해약환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 40%
	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. 특약의 체결 및 소멸(제13조 제2항 제2호)에서 사망 당시의 계약자적립액을 지급함에 있어 지급기일의 다음날부터 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

① 지급기일의 다음 날부터 30일이내 기간: 보험계약대출이율

② 지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(4%)

③ 지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(6%)

④ 지급기일의 91일이후 기간: 보험계약대출이율+가산이율(8%)

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

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

6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 초간편 암입원특약(갱신형)
약관

◈ 목 차 ◈

무배당 초간편 암입원특약(갱신형) 약관 4

제1관 보험금의 지급 4

제1조 【"암", "기타피부암", "갑상선암"의 정의 및 진단확정】 4
제2조【"제자리암"의 정의 및 진단확정】 5
제3조【"경계성종양"의 정의 및 진단확정】 5
제4조【"요양병원"의 정의】 5
제5조【"입원(요양병원 제외)" 및 "입원(요양병원)"의 정의와 장소】 6
제6조 【"암의 직접적인 치료"의 정의】 6
제7조【보험금의 지급사유】 7
제8조【보험금 지급에 관한 세부규정】 8
제9조【보험금을 지급하지 않는 사유】 10
제10조【보험금의 청구】 10
제11조【보험금의 지급절차】 11
제12조【보험수익자의 지정】 12

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 12

제13조【계약 전 알릴 의무】 12
제14조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 12

제3관 보험계약의 성립과 유지 13

제15조【특약의 체결 및 소멸】 13
제16조【피보험자의 범위】 14
제17조【특약의 무효】 14
제18조【특약 내용의 변경 등】 15
제19조【특약의 갱신】 15
제20조【특약의 보험기간】 16

제4관 보험료의 납입 16

제21조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】.....16
제22조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】.....17
제23조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】.....18

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등 18

제24조【계약자의 임의해지】.....18
제24조의2【위법계약의 해지】.....18
제25조【해약환급금】.....19
제26조【배당금의 지급】.....19

제6관 기타사항..... 19

제27조【예금보험에 의한 지급보장】.....19
제28조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....20
<별표1> 보험금 지급기준표 21
<별표2> 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 갑상선암 제외) 23
<별표3> 제자리의 신생물 분류표 25
<별표4> 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 26
<별표5> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 27

무배당 초간편 암입원특약(갱신형) 약관

제1관 보험금의 지급

제1조【"암", "기타피부암", "갑상선암"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 **"암"**이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표2> (대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 갑상선암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암)), 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

유의사항

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

설명

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물(암))이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물(암))이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물(암))이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 이 특약에서 **"기타피부암"**이란, 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 **"갑상선암"**이란, 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 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 하며, 이 경우 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조【"제자리암"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 **"제자리암"**이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표3> (제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② "제자리암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "제자리암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조【"경계성종양"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 **"경계성종양"**이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표4> (행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조【"요양병원"의 정의】

이 특약에서 "요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호의 '라'의 규정에 의한 국내의 요양병원 및 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관 중 이에 상응하는 의료기관을 말합니다.

의료법 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 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.

제5조【"입원(요양병원 제외)" 및 "입원(요양병원)"의 정의와 장소】

① 이 특약에서 "입원(요양병원 제외)"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양으로 인한 "직접적인 치료"가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "의료기관"이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다. 다만, 의료법 제3조 제2항 제3호에서 규정한 병원급 의료기관 중 요양병원은 제외합니다.

② 이 특약에서 "입원(요양병원)"이라 함은 의사가 피보험자의 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제4조("요양병원"의 정의)에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

③ 이 특약에서 "입원"이라 함은 제1항 또는 제2항에 해당하는 경우를 말합니다.

제6조【"암의 직접적인 치료"의 정의】

① 이 특약에서 "암의 직접적인 치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다.

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

② "암의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ "암의 직접적인 치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입

증되지 않은 치료

2. 면역력 강화 치료

3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 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

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

3. “말기환자(末期患者)”란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야 전문의 1 명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

⑤ 제1항 내지 제4항에서 정한 내용은 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 직접적인 치료에 동일하게 적용됩니다.

제7조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(<별표1> “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다. (다만, 최초계약의 경우 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 50%를 지급합니다)

1. 특약의 보험기간 중 “암보장개시일”(다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 경우 보장개시일) 이후에 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 확정되고 그 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 “직접적인 치료”를 목적으로 1일 이상 계속하여 “입원(요양병원 제외)”한 경우
   : 암직접치료입원급여금 지급 (1회 입원당 120일 한도)

2. 특약의 보험기간 중 “암보장개시일”(다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 경우 보장개시일) 이후에 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 확정되고 그 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 치료를 목적으로 요양병원에 1일 이상 계속하여 “입원(요양병원)”한 경우
   : 요양병원 암입원급여금 지급 (1회 입원당 120일 한도)

암보장개시일

“암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 하며, 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

부활(효력회복)
보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일
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.

제8조【보험금 지급에 관한 세부규정】

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

② 제7조(보험금의 지급사유) 제1호의 암직접치료입원급여금은 제4조(“요양병원”의 정의)에서 정한 “요양병원”에 입원한 경우에는 지급하지 않습니다.

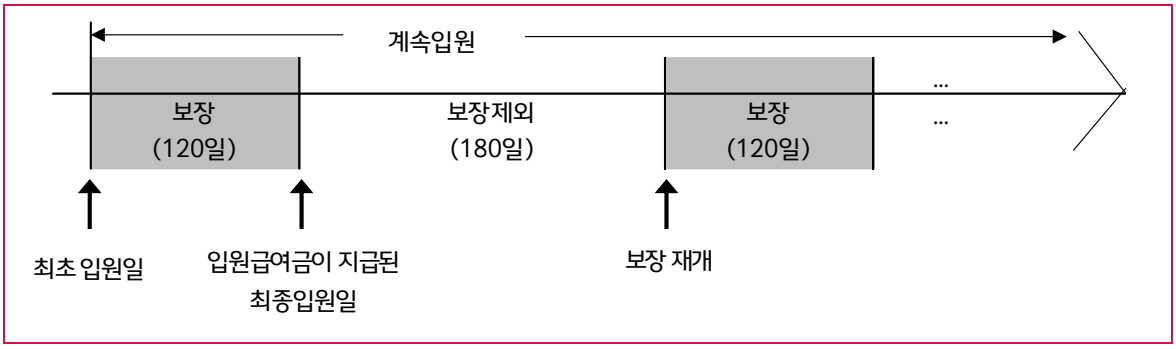
③ 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제2호의 암직접치료입원급여금 및 요양병원 암입원급여금의 지급일수는 각각 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원일이 갱신 전·후에 계속되는 경우에 그 지급일수의 계산은 갱신 전·후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 각각 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산한 금액을 지급합니다.

④ 제7조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원(요양병원 제외)한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제3항을 적용합니다.

⑤ 제7조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원(요양병원)한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제3항을 적용합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원이라도 암직접치료입원급여금 또는 요양병원 암입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암직접치료입원급여금 또는 요양병원 암입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원급여금 또는 요양병원 암입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

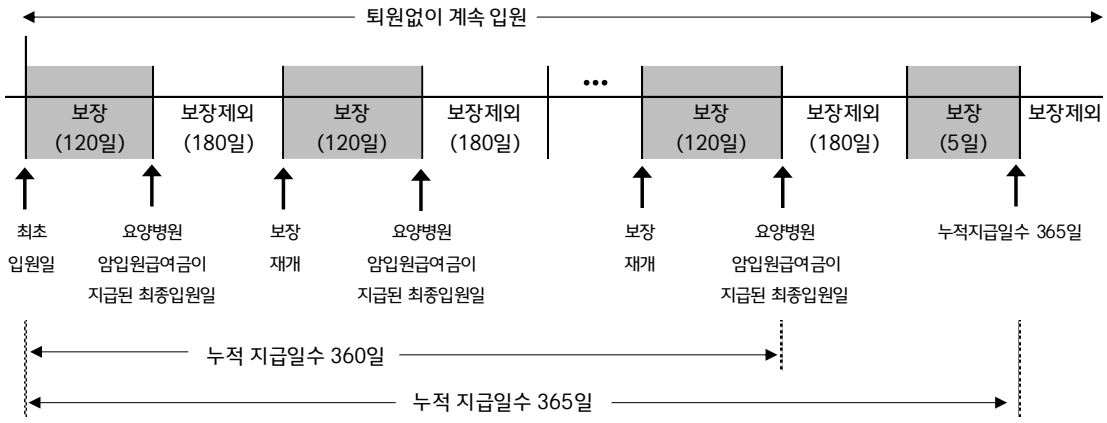
장기입원환자의 암직접치료입원급여금 및 요양병원 암입원급여금 보장(예시)
<” 암직접치료입원급여금” 및 “요양병원 암입원급여금”>



⑦ 제7조(보험금의 지급사유) 제2호는 제6항에도 불구하고 동일한 질병으로 인하여 입원(요양병원)한 경우, 이 특약 최초계약의 계약일부터 지급된 "요양병원 암입원급여금"의 누적지급일수가 365일을 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 "요양병원 암입원급여금"은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단 확정받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.

장기입원환자의 요양병원 암입원급여금 보장(예시)

<"요양병원 암입원급여금">



※ 상기 그림의 <••• >은 보장대상기간(120일)과 보장제외기간(180일)이 반복되고 있음을 의미합니다.

⑧ 제7조(보험금의 지급사유) 제1호에서 피보험자가 의료기관을 이전하여 "입원(요양병원 제외)"한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 "입원(요양병원 제외)"한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑨ 제7조(보험금의 지급사유) 제2호에서 피보험자가 요양병원을 이전하여 "입원(요양병원)"한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 "입원(요양병원)"한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑩ 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제2호의 경우 피보험자가 암직접치료입원급여금 또는 요양병원 암입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중 이 특약의 보험기간이 만료된 경우에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여 암직접치료입원급여금 또는 요양병원 암입원급여금을 120일 한도로 지급합니다.

⑪ "계속 중인 입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

⑫ 제7조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 2가지 이상 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우

에는 가장 높은 암직접치료입원급여금을 지급하며, 암직접치료입원급여금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 암직접치료입원급여금을 지급합니다.

⑬ 제7조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 2가지 이상 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 요양병원 암입원급여금을 지급하며, 요양병원 암입원급여금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 요양병원 암입원급여금을 지급합니다.

⑭ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제2호의 암직접치료입원급여금 또는 요양병원 암입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑮ 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제2호의 경우 최초계약의 계약일부터 만1년 미만에 암직접치료입원급여금 또는 요양병원 암입원급여금의 지급사유가 발생하고 그 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 만1년을 초과하는 경우에는 그 날부터 암직접치료입원급여금 및 요양병원 암입원급여금을 삭감하여 지급하지 않습니다.

⑯ 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.

제9조【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 제7조(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

제10조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 진단서(병명기입), 입원증명서[입원 여부 및 입원 기간을 확인할 수 있는 내용 포함], 진료기록부 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 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.

제11조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제10조(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 <별표5> "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 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

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

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. 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제16항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

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

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(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.

제12조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제7조(보험금의 지급사유)의 경우에는 피보험자로 합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조【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 계약 전 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.

제14조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때

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

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 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 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는「전자서명법」제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 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.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌) 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제13조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제23조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. (다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

부활(효력회복)

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

제3관 보험계약의 성립과 유지

제15조【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 해지되

었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

2. 피보험자가 사망한 경우

이 경우 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

보험료 및 해약환급금 산출방법서
'보험료 및 해약환급금 산출방법서'는 보험회사의 기초서류 중 하나로 보험료와 계약자적립액 및 해약환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.
계약자적립액
장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

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

⑤ 회사는 제2항 제2호에 따라 사망 당시의 계약자적립액을 지급할 때 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표5> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 이 특약이 주계약의 최초 체결 시 함께 부가할 경우에는 이를 "최초계약"이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료 후 제19조(특약의 갱신)에 의하여 특약이 갱신되는 경우에는 이를 "갱신계약"이라 합니다.

제16조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제17조【특약의 무효】

피보험자가 계약일부터 제21조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정한 암보장개시일 전일 이전에 제1조("암", "기타피부암", "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단 확정된 경우에 회사는 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 특약의 보험료를 돌려드립니다.

제18조【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 해약환급금이 있을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

감액
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 보험가입금액(구좌)을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 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 제7조(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.

제19조【특약의 갱신】

① 이 특약은 계약자가 이 특약의 보험료 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 특약의 연체된 보험료 및 갱신 후 특약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 한하여 갱신되어 계속 유지됩니다.

납입최고(독촉)
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

② 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 계약자가 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
2. 갱신되는 특약의 보험기간 만료일이 주계약의 보험기간 만료일을 초과하거나 피보험자의 나이가 100세가 되는 계약해당일을 초과하는 경우

3. 이 특약의 주계약이 갱신계약임에도 불구하고 주계약이 갱신되지 않는 경우

③ 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우에 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 등은 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신시의 기초율(이율 및 위험률 등)을 적용합니다.

④ 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우 특약의 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

⑤ 회사는 갱신되는 특약의 변경 내용 및 갱신되는 특약의 보험료 등을 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.

제20조【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 하며, 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 특약의 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지의 기간이 10년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 5년 만기 갱신으로 하며, 5년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 갱신일부터 최종으로 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제21조【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 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제2항에서 주계약의 보험료와 함께 특약의 보험료를 선납하는 경우에는 특약의 잔여 보험료 납입기간을 초과하는 기간에 해당하는 특약의 보험료를 선납할 수 없습니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 제1조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 갱신계약의 암보장개

시일은 갱신일로 하며, 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제22조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 특약을 준용합니다.

납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

③ 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.

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 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 회사가 제3항에 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 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑤ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에「보험업감독규정」제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것

3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

⑥ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제23조【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 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제24조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제24조의2【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 제25조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제25조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다. 또한, 미경과보험료가 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금 및 미경과보험료를 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표5> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제24조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제26조【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

제27조【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

제28조【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 암직접치료입원급여금 (약관 제7조 제1호)

지 급 사 유	지 급 금 액
특약의 보험기간 중 암보장개시일(다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 경우 보장개시일) 이후에 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 확정되고 그 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 “직접적인 치료”를 목적으로 1일 이상 계속하여 “입원(요양병원 제외)”한 경우 (입원일수 1일당, 1회 입원당 120일 한도)	암 5만원 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 2만 5천원 다만, 최초계약의 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 암직접치료입원급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 상기 금액의 50%를 지급합니다.

⑵ 요양병원 암입원급여금 (약관 제7조 제2호)

지 급 사 유	지 급 금 액
특약의 보험기간 중 암보장개시일(다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 경우 보장개시일) 이후에 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 확정되고 그 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 치료를 목적으로 요양병원에 1일 이상 계속하여 “입원(요양병원)”한 경우 (입원일수 1일당, 1회 입원당 120일 한도)	암 1만원 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 5천원 다만, 최초계약의 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 요양병원 암입원급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 상기 금액의 50%를 지급합니다.

㈜ 1. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 하며, 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

2. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 1년 미만(최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 삭감과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

3. 특약의 보험기간 중 암보장개시일 전일 이전에 피보험자가 “암”으로 진단확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 특약의 보험료를 돌려 드립니다.

4. 피보험자가 동일한 질병으로 인한 요양병원 암입원급여금의 경우 이 특약의 최초 계약일부터 지급된 요양병원 암입원급여금의 누적지급일수가 365일을 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 요양병원 암입원급여금은 지급되

지 않습니다.

5. “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료를 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다.
6. 제4조(“요양병원”의 정의)에서 정한 “요양병원”에 입원한 경우에는 암직접치료입원급여금을 지급하지 않습니다.

<별표2> 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 갑상선암 제외)

약관에서 정하는 악성신생물(암)로 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 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

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

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

3. 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44) 및 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)은 상기 분류표에서 제외합니다.

4. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<별표3> 제자리의 신생물 분류표

약관에서 정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 정하는 제자리의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대 상 신 생 물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세 불명 부위의 제자리암종	D09

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

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

<별표4> 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 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 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

㈜ 1. 제9차 개정 이후 약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 만성 골수증식질환(분류번호 D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(분류번호 D47.3), 골수섬유증(분류번호 D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](분류번호 D47.5)은 "9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물"에 포함되지 않는 것으로 보아 상기 분류표에서 제외됩니다.

<별표5> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
암직접치료입원급여금, 요양병원 암입원급여금 (제7조)	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%)
해약환급금 (제25조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 40%
	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. 특약의 체결 및 소멸(제15조 제2항 제2호)에서 사망 당시의 계약자적립액을 지급함에 있어 지급기일의 다음날부터 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

① 지급기일의 다음 날부터 30일이내 기간: 보험계약대출이율

② 지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(4%)

③ 지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(6%)

④ 지급기일의 91일이후 기간: 보험계약대출이율+가산이율(8%)

4. 가산이율 적용시 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.

6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 초간편 심뇌혈관질환입원특약(갱신형)
약관

◈ 목 차 ◈

무배당 초간편 심뇌혈관질환입원특약(갱신형) 약관 4

제1관 보험금의 지급 4

제1조【"심뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정】.....4
제2조【"요양병원"의 정의】.....4
제3조【"입원(요양병원 제외)" 및 "입원(요양병원)"의 정의와 장소】.....4
제4조【보험금의 지급사유】.....5
제5조【보험금 지급에 관한 세부규정】.....5
제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】.....7
제7조【보험금의 청구】.....8
제8조【보험금의 지급절차】.....8
제9조【보험수익자의 지정】.....9

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 9

제10조【계약 전 알릴 의무】.....9
제11조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】.....9

제3관 보험계약의 성립과 유지 11

제12조【특약의 체결 및 소멸】.....11
제13조【피보험자의 범위】.....11
제14조【특약 내용의 변경 등】.....12
제15조【특약의 갱신】.....12
제16조【특약의 보험기간】.....13

제4관 보험료의 납입 13

제17조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】.....13
제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】.....14
제19조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】.....15

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등 15

제20조【계약자의 임의해지】.....15
제20조의2【위법계약의 해지】.....15
제21조【해약환급금】.....16
제22조【배당금의 지급】.....16

제6관 기타사항 16

제23조【예금보험에 의한 지급보장】.....16
제24조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....16
<별표1> 보험금 지급기준표 17
<별표2> 심뇌혈관질환 분류표 18
<별표3> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 20

무배당 초간편 심뇌혈관질환입원특약(갱신형) 약관

제1관 보험금의 지급

제1조【"심뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "심뇌혈관질환"이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표2>(심뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② "심뇌혈관질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "의료기관"이라 합니다)에서 해당 분야의 전문의(치과의사, 한의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

의료법 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 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【"요양병원"의 정의】

이 특약에서 "요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호의 '라'의 규정에 의한 국내의 요양병원 및 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관 중 이에 상응하는 의료기관을 말합니다.

제3조【"입원(요양병원 제외)" 및 "입원(요양병원)"의 정의와 장소】

① 이 특약에서 "입원(요양병원 제외)"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의

사"라 합니다)가 피보험자의 심뇌혈관질환으로 인한 직접적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "의료기관"이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다. 다만, 의료법 제3조 제2항 제3호에서 규정한 병원급 의료기관 중 요양병원은 제외합니다.

② 이 특약에서 "입원(요양병원)"이라 함은 의사가 피보험자의 심뇌혈관질환으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조("요양병원"의 정의)에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

③ 이 특약에서 "입원"이라 함은 제1항 또는 제2항에 해당하는 경우를 말합니다.

제4조【보험금의 지급사유】

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

(다만, 최초계약의 경우 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 50%를 지급합니다)

1. 특약의 보험기간 중 피보험자가 "심뇌혈관질환"으로 진단 확정되고 "심뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 "입원(요양병원 제외)"한 경우
   : 심뇌혈관질환 입원급여금 지급 (1회 입원당 120일 한도)
2. 특약의 보험기간 중 피보험자가 "심뇌혈관질환"으로 진단 확정되고 "심뇌혈관질환"의 치료를 목적으로 요양병원에 1일 이상 계속하여 "입원(요양병원)"한 경우
   : 요양병원 심뇌혈관질환 입원급여금 지급 (1회 입원당 120일 한도)

제5조【보험금 지급에 관한 세부규정】

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

② 제4조(보험금의 지급사유) 제1호의 심뇌혈관질환 입원급여금은 제2조("요양병원"의 정의)에서 정한 "요양병원"에 입원한 경우에는 지급하지 않습니다.

③ 제4조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제2호의 심뇌혈관질환 입원급여금 및 요양병원 심뇌혈관질환 입원급여금의 지급일수는 각각 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원일이 갱신 전·후에 계속되는 경우에 그 지급일수의 계산은 갱신 전·후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 각각 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산한 금액을 지급합니다.

④ 제4조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원(요양병원 제외)한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제3항을 적용합니다.

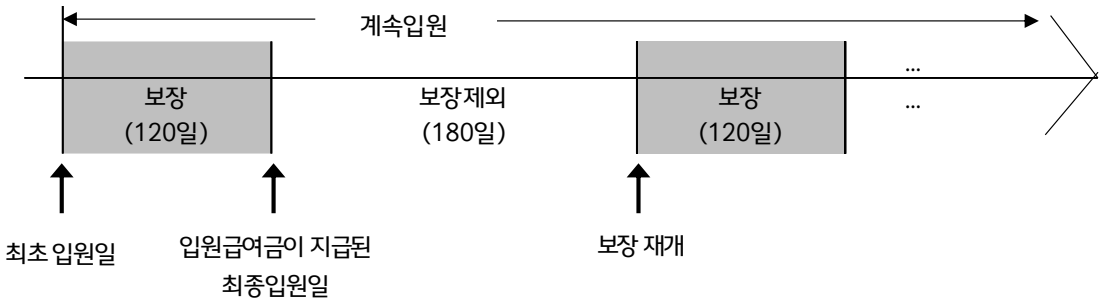
⑤ 제4조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원(요

양병원)한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제3항을 적용합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원이라도 심뇌혈관질환 입원급여금 또는 요양병원 심뇌혈관질환 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 심뇌혈관질환 입원급여금 또는 요양병원 심뇌혈관질환 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 심뇌혈관질환 입원급여금 또는 요양병원 심뇌혈관질환 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

장기입원환자의 심뇌혈관질환 입원급여금 및 요양병원 심뇌혈관질환 입원급여금 보장(예시)

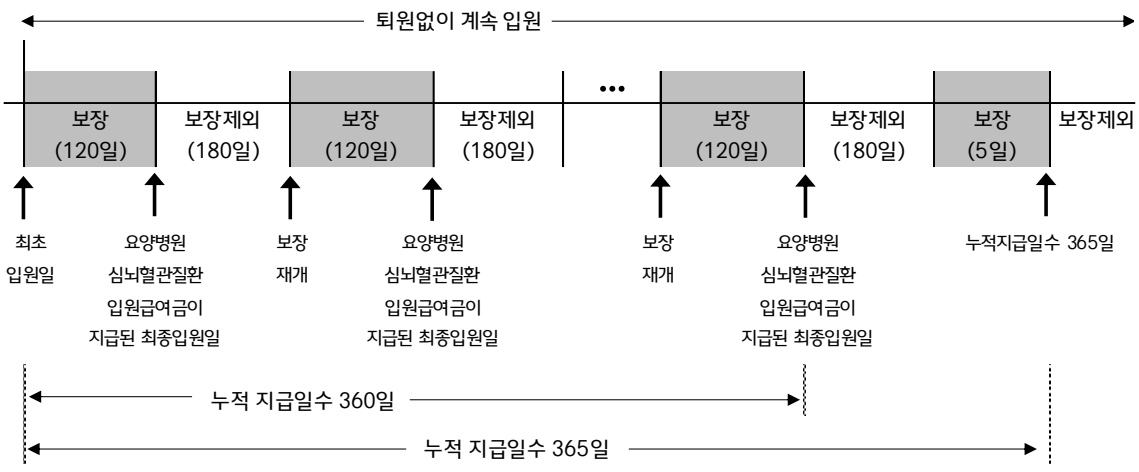
<" 심뇌혈관질환 입원급여금" 및 "요양병원 심뇌혈관질환 입원급여금">



⑦ 제4조(보험금의 지급사유) 제2호는 제6항에도 불구하고 동일한 질병으로 인하여 입원(요양병원)한 경우, 이 특약 최초계약의 계약일부터 지급된 "요양병원 심뇌혈관질환 입원급여금"의 누적지급일수가 365일을 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 "요양병원 심뇌혈관질환 입원급여금"은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단 확정받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.

장기입원환자의 요양병원 심뇌혈관질환 입원급여금 보장(예시)

<"요양병원 심뇌혈관질환 입원급여금">



※ 상기 그림의 < ••• >은 보장대상기간(120일)과 보장제외기간(180일)이 반복되고 있음을 의미합니다.

⑧ 제4조(보험금의 지급사유) 제1호에서 피보험자가 의료기관을 이전하여 "입원(요양병원 제외)"한 경우에

도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “입원(요양병원 제외)”한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑨ 제4조(보험금의 지급사유) 제2호에서 피보험자가 요양병원을 이전하여 “입원(요양병원)”한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 “입원(요양병원)”한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑩ 제4조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제2호의 경우 피보험자가 심뇌혈관질환 입원급여금 또는 요양병원 심뇌혈관질환 입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중 이 특약의 보험기간이 만료된 경우에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여 심뇌혈관질환 입원급여금 또는 요양병원 심뇌혈관질환 입원급여금을 120일 한도로 지급합니다.

⑪ “계속 중인 입원기간”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

⑫ 제4조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 2가지 이상 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병으로 인한 심뇌혈관질환 입원급여금을 지급합니다.

⑬ 제4조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 2가지 이상 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병으로 인한 요양병원 심뇌혈관질환 입원급여금을 지급합니다.

⑭ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 제4조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제2호의 심뇌혈관질환 입원급여금 또는 요양병원 심뇌혈관질환 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑮ 제4조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제2호의 경우 최초계약의 계약일부터 만1년 미만에 심뇌혈관질환 입원급여금 또는 요양병원 심뇌혈관질환 입원급여금의 지급사유가 발생하고 그 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 만1년을 초과하는 경우에는 그 날부터 심뇌혈관질환 입원급여금 및 요양병원 심뇌혈관질환 입원급여금을 삭감하여 지급하지 않습니다.

⑯ 보험수익자와 회사가 제4조(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.

제6조【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 제4조(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

제7조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 진단서(병명기입), 입원증명서[입원 여부 및 입원 기간을 확인할 수 있는 내용 포함], 진료기록부 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 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.

제8조【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 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표3> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

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

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. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제16항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

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

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(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.

제9조【보험수익자의 지정】
이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제4조(보험금의 지급사유)의 경우에는 피보험자로 합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조【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 계약 전 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.

제11조【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 특약의 최초계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생

하였을 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 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 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.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌) 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.

⑥ 제19조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. (다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

부활(효력회복)

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

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조【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 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
2. 피보험자가 사망한 경우
   이 경우 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

보험료 및 해약환급금 산출방법서

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

계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

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

⑤ 회사는 제2항 제2호에 따라 사망 당시의 계약자적립액을 지급할 때 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표3> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 이 특약이 주계약의 최초 체결 시 함께 부가할 경우에는 이를 "최초계약"이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료 후 제15조(특약의 갱신)에 의하여 특약이 갱신되는 경우에는 이를 "갱신계약"이라 합니다.

제13조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조【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 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

감액
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 보험가입금액(구좌)을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 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 제4조(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.

제15조【특약의 갱신】

① 이 특약은 계약자가 이 특약의 보험료 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 특약의 연체된 보험료 및 갱신 후 특약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 한하여 갱신되어 계속 유지됩니다.

납입최고(독촉)
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

② 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 계약자가 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
2. 갱신되는 특약의 보험기간 만료일이 주계약의 보험기간 만료일을 초과하거나 피보험자의 나이가 100세가 되는 계약해당일을 초과하는 경우

3. 이 특약의 주계약이 갱신계약임에도 불구하고 주계약이 갱신되지 않는 경우

③ 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우에 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 등은 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신시의 기초율(이율 및 위험률 등)을 적용합니다.

④ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우 특약의 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

⑤ 회사는 갱신되는 특약의 변경 내용 및 갱신되는 특약의 보험료 등을 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.

제16조【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 하며, 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 특약의 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지의 기간이 10년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 5년 만기 갱신으로 하며, 5년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 갱신일부터 최종으로 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조【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 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제2항에서 주계약의 보험료와 함께 특약의 보험료를 선납하는 경우에는 특약의 잔여 보험료 납입기간을 초과하는 기간에 해당하는 특약의 보험료를 선납할 수 없습니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 특약을 준용합니다.

납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

③ 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.

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 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 회사가 제3항에 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 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑤ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

⑥ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조【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 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제20조의2【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 제21조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제21조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다. 또한, 미경과보험료가 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금 및 미경과보험료를 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표3> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제20조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제22조【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

제23조【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

제24조【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 심뇌혈관질환 입원급여금 (약관 제4조 제1호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 “심뇌혈관질환”으로 진단 확정되고 ”심뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 “입원(요양병원 제외)”한 경우 (입원일수 1일당, 1회 입원당 120일 한도)
지 급 금 액	최초계약의 계약일부터 1년 미만: 입원 1일당 2.5만원 최초계약의 계약일부터 1년 이후: 입원 1일당 5만원

⑵ 요양병원 심뇌혈관질환 입원급여금 (약관 제4조 제2호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 “심뇌혈관질환”으로 진단 확정되고 ”심뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 “입원(요양병원)”한 경우 (입원일수 1일당, 1회 입원당 120일 한도)
지 급 금 액	최초계약의 계약일부터 1년 미만: 입원 1일당 0.5만원 최초계약의 계약일부터 1년 이후: 입원 1일당 1만원

㈜ 1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 1년 미만(최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 삭감과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

2. 피보험자가 동일한 질병으로 인한 요양병원 심뇌혈관질환 입원급여금의 경우 이 특약의 최초 계약일부터 지급된 요양병원 심뇌혈관질환 입원급여금의 누적지급일수가 365일을 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 요양병원 심뇌혈관질환 입원급여금은 지급되지 않습니다.

3. 제2조(“요양병원”의 정의)에서 정한 “요양병원”에 입원한 경우에는 심뇌혈관질환 입원급여금을 지급하지 않습니다.

<별표2> 심뇌혈관질환 분류표

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

대 상 질 병 명	분류번호
1. 심장 침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
2. 심장 침범이 있는 류마티스열	I01
3. 류마티스무도병	I02
4. 류마티스성 승모판질환	I05
5. 류마티스성 대동맥판질환	I06
6. 류마티스성 삼첨판질환	I07
7. 다발판막질환	I08
8. 기타 류마티스심장질환	I09
9. 협심증	I20
10. 급성심근경색증	I21
11. 후속심근경색증	I22
12. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
13. 기타 급성 허혈심장질환	I24
14. 만성 허혈심장병	I25
15. 폐색전증	I26
16. 기타 폐성 심장질환	I27
17. 폐혈관의 기타 질환	I28
18. 급성 심장막염	I30
19. 심장막의 기타 질환	I31
20. 달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
21. 급성 및 아급성 심내막염	I33
22. 비류마티스성 승모판장애	I34
23. 비류마티스성 대동맥판장애	I35
24. 비류마티스성 삼첨판장애	I36
25. 폐동맥판장애	I37
26. 상세불명 판막의 심내막염	I38
27. 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
- 칸디다심내막염	B37.6
28. 급성 심근염	I40

29. 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
30. 심근병증	I42
31. 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
32. 방실차단 및 좌각차단	I44
33. 기타 전도장애	I45
34. 심장정지	I46
35. 발작성 빈맥	I47
36. 심방세동 및 조동	I48
37. 기타 심장부정맥	I49
38. 심부전	I50
39. 심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
40. 달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
- 수막알균성 심장병	A39.5
41. 거미막하출혈	I60
42. 뇌내출혈	I61
43. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
44. 뇌경색증	I63
45. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
46. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
47. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
48. 기타 뇌혈관질환	I67
49. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
50. 뇌혈관질환의 후유증	I69

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

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

<별표3> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
심뇌혈관질환 입원급여금, 요양병원 심뇌혈관질환 입원급여금 (제4조)	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%)
해약환급금 (제21조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 40%
	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. 특약의 체결 및 소멸(제12조 제2항 제2호)에서 사망 당시의 계약자적립액을 지급함에 있어 지급기일의 다음날부터 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

① 지급기일의 다음 날부터 30일이내 기간: 보험계약대출이율

② 지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(4%)

③ 지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(6%)

④ 지급기일의 91일이후 기간: 보험계약대출이율+가산이율(8%)

4. 가산이율 적용시 제8조(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.

6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 초간편 신일반암직접치료특약(갱신형)
약 관

◈ 목 차 ◈

무배당 초간편 신일반암직접치료특약(갱신형) 약관 4

제1관 보험금의 지급 4

제1조【"신일반암" 등의 정의 및 진단확정】 4
제2조【"암 수술"의 정의와 장소】 5
제3조【"항암약물치료"의 정의】 6
제4조【"항암방사선치료"의 정의】 6
제5조【"암의 직접적인 치료"의 정의】 6
제6조【보험금의 지급사유】 7
제7조【보험금 지급에 관한 세부규정】 8
제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】 9
제9조【보험금의 청구】 10
제10조【보험금의 지급절차】 10
제11조【보험수익자의 지정】 11

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 11

제12조【계약 전 알릴 의무】 11
제13조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 12

제3관 보험계약의 성립과 유지 13

제14조【특약의 체결 및 소멸】 13
제15조【피보험자의 범위】 14
제16조【특약의 무효】 14
제17조【특약 내용의 변경 등】 14
제18조【특약의 갱신】 15
제19조【특약의 보험기간】 15

제4관 보험료의 납입 16

제20조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 16
제21조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 16
제22조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 17
제23조【계약자의 임의해지】 18
제23조의2【위법계약의 해지】 18
제24조【해약환급금】 18
제25조【배당금의 지급】 19

제6관 기타사항 19

제26조【예금보험에 의한 지급보장】 19
제27조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】 19
<별표1> 보험금 지급기준표 20
<별표2> 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (유방암, 전립선암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외) 22
<별표3> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 24

무배당 초간편 신일반암직접치료특약(갱신형) 약관

제1관 보험금의 지급

제1조【"신일반암" 등의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 **"신일반암"**이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표2> (대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(유방암, 전립선암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C50(유방의 악성신생물(암)), 분류번호 C61(전립선의 악성신생물(암)), 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암)), 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암)), 제4항에서 정한 "대장점막내암" 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

유의사항

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다

설명

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물(암))이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물(암))이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물(암))이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 이 특약에서 **"유방암"**이란 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

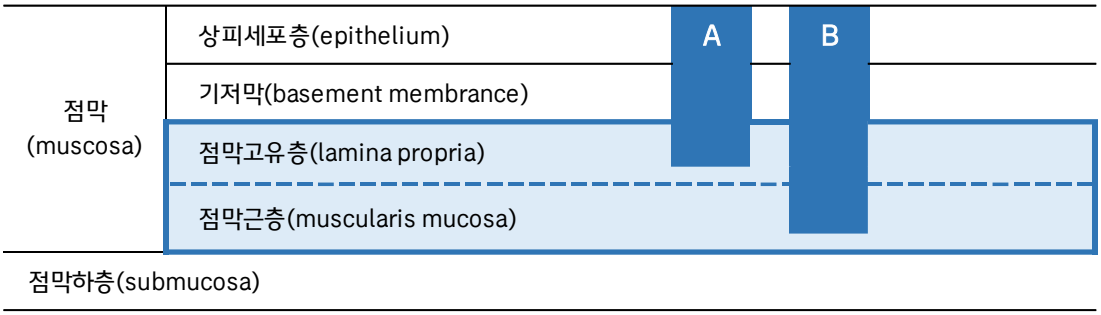
③ 이 특약에서 **"전립선암"**이란 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 **"기타피부암"**이란, 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 **"갑상선암"**이란, 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 **"대장점막내암"**이란, 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장의 악성신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

대장점막내암 예시



(■ : 악성종양세포 침범깊이)

A : 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

B : 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑦ "신일반암"의 진단확정은 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 하며, 이 경우 "신일반암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "신일반암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<'제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조【"암 수술"의 정의와 장소】

이 특약에서 **"암 수술"**이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 "신일반암"으로 인한 직접적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 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 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) 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), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등], "항암방사선치료", "항암약물치료"는 "암 수술"에서 제외합니다.

신의료기술평가위원회

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

의료법 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 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.

제3조【"항암약물치료"의 정의】

이 특약에서 "**항암약물치료**"란, 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "신일반암"으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제4조【"항암방사선치료"의 정의】

이 특약에서 **"항암방사선치료"**란, 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "신일반암"으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제5조【"암의 직접적인 치료"의 정의】

① 이 특약에서 "암의 직접적인 치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기

능을 수행하는 기관】가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다.

② "암의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ "암의 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 "암의 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

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야 전문의 1 명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

⑤ 제1항 내지 제4항에서 정한 내용은 "신일반암"의 직접적인 치료에 동일하게 적용됩니다.

제6조【보험금의 지급사유】

① 회사는 이 특약의 보험기간 중 "암보장개시일" 이후에 피보험자가 "신일반암"으로 최초 진단 확정되고, 제2항에서 정한 암직접치료급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 암직접치료급여금(<별표1> "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

② "신일반암"으로 최초 진단 확정된 날(이하 "최초 진단확정일"이라 합니다)부터 이후 매 1년마다 도래하는 진단확정일(이하 "매년 진단확정일"이라 합니다)의 전일까지, "신일반암"의 직접적인 치료를 목적으로 "암 수술", "항암약물치료", "항암방사선치료" 중 어느 하나의 치료를 받았을 때 암직접치료급여금을 지급합니다. 다만, 암직접치료급여금은 최초 진단확정일로부터 최대 5년간, 매년 1회를 한도로 지급(최대 5회 지급)합니다.

③ 최초계약의 경우 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 제1항에 따라 "신일반암"으로 최초 진단 확정되었을 경우에는 최초 진단확정일로부터 이후 5번째로 도래하는 매년 진단확정일 전일까지 제2항에 따른 암직접치료급여금의 50%를 지급합니다.

암보장개시일

"신일반암"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 하며, 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

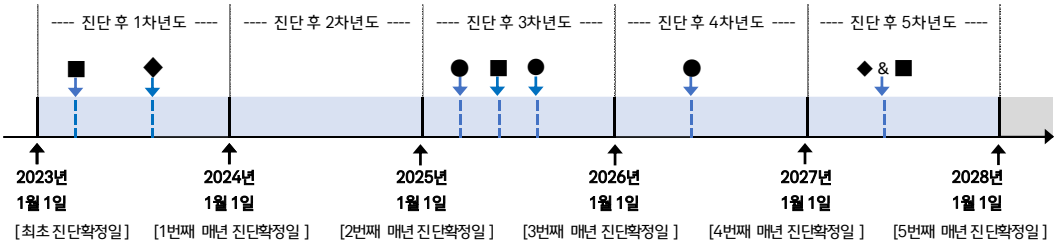
부활(효력회복)

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

최초계약의 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 최초 진단 확정시 지급 예시

■ 최초계약의 계약일: 2022년 8월 1일, 1구좌 기준
■ 대장암 최초 진단확정일 : 2023년 1월 1일

◆: 암 수술 받음
●: 항암약물치료 받음
■: 항암방사선치료 받음



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	진단 후 4차년도	진단 후 5차년도
* 항암방사선치료 **50만원** 지급 ※ 50% 삭감지급 * 암 수술 지급 X ※ 매년 1회한도 초과	-	* 항암약물치료 **50만원** 지급 ※ 50% 삭감지급 * 항암방사선치료 지급 X ※ 매년 1회한도 초과 * 2차 항암약물치료 지급 X ※ 매년 1회한도 초과	* 항암약물치료 **50만원** 지급 ※ 50% 삭감지급	* 암 수술 **50만원** 지급 ※ 50% 삭감지급 * 항암방사선치료 지급 X ※ 매년 1회한도 초과

※ 2023년 1월 1일 대장암 최초 진단 이후 대장암 이외의 신일반암을 최초 진단 받더라도 암직접치료급여금을 추가 지급하지 않습니다.

제7조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 특약의 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후 "신일반암"으로 최초 진단 확정되거나 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드리며 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약이 갱신형 계약인 경우, 주계약이 갱신되어 다시 보험료를 납입하여야 할때 이 특약도 주계약에 준용하여 보험료를 납입하여야 합니다.

② 제6조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 매년 진단확정일이 해당월에 없는 경우 해당월의 말일을 매년 진단확정일로 합니다.

매년 진단확정일이 없는 달의 예시

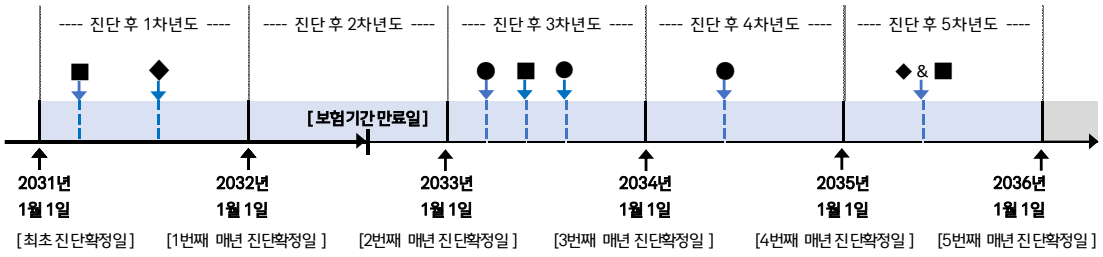
최초 진단확정일: 2024년 2월 29일 일 때, 2025년 2월의 매년 진단확정일은 2025년 2월 28일로 함
⇒ 2025년 2월에는 매년 진단확정일(29일)이 없으므로, 해당월의 마지막 날을 매년 진단확정일로 함

③ 최초 진단확정일부터 이후 5번째로 도래하는 매년 진단확정일의 전일 이전에 보험기간이 만료되더라도, 최초 진단확정일부터 이후 5번째로 도래하는 매년 진단확정일의 전일까지 제6조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암직접치료급여금의 지급사유가 발생한 경우 암직접치료급여금을 지급합니다.

보험기간 만료일을 초과하여 보장하는 경우 지급 예시

■ 최초계약의 계약일: 2022년 8월 1일, 1구좌 기준
■ 대장암 최초 진단확정일 : 2031년 1월 1일
■ 보험기간 만료일: 2032년 7월 31일

◆: 암 수술 받음
●: 항암약물치료 받음
■: 항암방사선치료 받음



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	진단 후 4차년도	진단 후 5차년도
* 항암방사선치료 **100만원** 지급 * 암 수술 지급 X ※ 매년 1회한도 초과	-	* 항암약물치료 **100만원** 지급 * 항암방사선치료 지급 X ※ 매년 1회한도 초과 * 2차 항암약물치료 지급 X ※ 매년 1회한도 초과	* 항암약물치료 **100만원** 지급	* 암 수술 **100만원** 지급 * 항암방사선치료 지급 X ※ 매년 1회한도 초과

※ 2031년 1월 1일 대장암 최초 진단 이후 대장암 이외의 신일반암을 최초 진단 받더라도 암직접치료급여금을 추가 지급하지 않습니다.

④ 제6조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "어느 하나의 치료를 받았을 때"의 기준일은 "암 수술"은 수술개시일자, "항암약물치료"는 항암약물투여일자, "항암방사선치료"는 항암방사선치료일자로 합니다.

⑤ 제14조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호에 따라 사망 당시 계약자적립액이 지급된 후 암보장개시일 이후 "신일반암"으로 최초 진단 확정된 사실이 확인된 경우에는 최초 진단확정일 이후 지급하는 사망 당시 계약자적립액에서 이미 지급한 계약자적립액 금액을 차감하여 지급합니다.

계약자적립액

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.
이 특약의 경우 "신일반암"으로 최초 진단된 경우 진단 전과 진단 후의 계약자적립액을 서로 다르게 적용합니다.

⑥ 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.

⑦ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 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 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하거나 보험료 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

제9조【보험금의 청구】

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

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 진단서(병명기입), 수술증명서, 항암약물치료증명서, 항암방사선치료증명서, 진료기록부 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 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 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 지급사유 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 <별표3> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

보험금 가지급제도

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

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 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항 및 제7항에 따라 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

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

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제13조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사요청에 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 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. 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 최초계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때

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

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.

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 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 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.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장

을 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.

⑥ 제22조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. (다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

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 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
2. 피보험자가 사망한 경우
   이 경우 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서” (이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

보험료 및 해약환급금 산출방법서

‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’는 보험회사의 기초서류 중 하나로 보험료와 계약자적립액 및 해약환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.

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 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

⑤ 회사는 제2항 제2호에 따라 사망 당시의 계약자적립액을 지급할 때 지급기일의 다음날부터 지급일까지

의 기간에 대한 이자는 <별표3> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

⑥ 이 특약이 주계약의 최초 체결시 함께 부가할 경우에는 이를 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료후 제18조(특약의 갱신)에 따라 특약이 갱신되는 경우에는 이를 “갱신계약”이라 합니다.

제15조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조【특약의 무효】

피보험자가 계약일부터 제20조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정한 암보장개시일 전일 이전에 제1조(“신일반암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “신일반암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 특약의 보험료를 돌려드립니다.

제17조【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 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

감액

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 보험가입금액(구좌)을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 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 정한 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특

약의 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.

제18조【특약의 갱신】

① 이 특약은 계약자가 이 특약의 보험료 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 특약의 연체된 보험료 및 갱신 후 특약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 한하여 갱신되어 계속 유지됩니다.

납입최고(독촉)
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

② 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 계약자가 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
2. 갱신되는 특약의 보험기간 만료일이 주계약의 보험기간 만료일을 초과하거나 피보험자의 나이가 100세가 되는 계약해당일을 초과하는 경우
3. 이 특약의 주계약이 갱신계약임에도 불구하고 주계약이 갱신되지 않는 경우
4. 특약의 보험기간 중 피보험자가 제1조(“신일반암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “신일반암”으로 최초 진단 확정된 경우

③ 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우에 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 등은 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신시의 기초율(이율 및 위험률 등)을 적용합니다.

④ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우 특약의 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

⑤ 회사는 갱신되는 특약의 변경 내용 및 갱신되는 특약의 보험료 등을 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.

제19조【특약의 보험기간】

① 이 특약이 제18조(특약의 갱신) 제1항에 따라 갱신되는 경우 최초계약과 동일한 보험기간으로 갱신됩니다. 다만, 갱신 시 회사가 정한 방법에 따라 특약의 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지의 기간이 20년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 10년만기로 갱신되며, 10년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 5년만기로 갱신됩니다. 다만, 갱신일부터 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지의 기간이 5년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 갱신일부터 최종으로 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제20조【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 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제2항에서 주계약의 보험료와 함께 특약의 보험료를 선납하는 경우에는 특약의 잔여 보험료 납입기간을 초과하는 기간에 해당하는 특약의 보험료를 선납할 수 없습니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 제1조(“신일반암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “신일반암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 하며, 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제21조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 특약을 준용합니다.

납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

③ 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.

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 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 회사가 제3항에 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 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑤ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

⑥ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조【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 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력

회복)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, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제23조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 "신일반암"으로 최초 진단 확정되기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 암보장개시일 이후 "신일반암"으로 최초 진단 확정된 이후에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

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

제23조의2【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 제24조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제24조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다. 또한, 미경과보험료가 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금 및 미경과보험료를 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표3> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.1

④ 제23조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립

액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제25조【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

제26조【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

제27조【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)

■ 암직접치료급여금 (약관 제6조)

지급 사유	특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “신일반암”으로 최초 진단 확정되고, 최초 진단확정일부터 이후 매년 진단확정일의 전일까지, “신일반암”의 직접적인 치료를 목적으로 “암 수술”, “항암약물치료”, “항암방사선치료” 중 어느 하나의 치료를 받았을 경우 (다만, 최초 진단확정일로부터 최대 5년간, 매년 1회를 한도로 지급(최대 5회 지급)합니다)
지급 금액	매년(매회) 100만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 “신일반암”으로 최초 진단 확정된 경우 상기 금액의 50%를 지급합니다)

㈜ 1. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 하며, 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

2. "신일반암"의 정의에서 "유방암, 전립선암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암"은 제외되므로, "유방암, 전립선암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암"으로 진단이 확정되어 “암 수술”, “항암약물치료”, “항암방사선치료”를 받았더라도 보험금은 지급되지 않습니다.

3. 특약의 보험기간 중 암보장개시일 전일 이전에 피보험자가 “신일반암”으로 진단 확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 특약의 보험료를 돌려 드립니다.

4. 최초 진단확정일은 “신일반암”으로 최초 진단 확정된 날을 말합니다.

5. 매년 진단확정일은 최초 진단확정일부터 이후 매 1년마다 도래하는 진단확정일을 말합니다. 다만, 매년 진단확정일이 해당월에 없는 경우 해당월의 말일을 매년 진단확정일로 합니다.

6. 최초계약의 경우 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 “신일반암”으로 최초 진단 확정되었을 경우에는 최초 진단확정일로부터 이후 5번째로 도래하는 매년 진단확정일 전일까지 암직접치료급여금의 50%를 지급합니다.

7. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일 전일 이전의 보험금 삭감과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

8. “신일반암”으로 최초 진단 확정된 이후에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

9. 최초 진단확정일로부터 이후 5번째로 도래하는 매년 진단확정일의 전일 이전에 보험기간이 만료되더라도, 최초 진단확정일부터 이후 5번째로 도래하는 매년 진단확정일의 전일까지 암직접치료급여금의 지급사유가 발생한 경우 암직접치료급여금을 지급합니다.

10. “어느 하나의 치료를 받았을 때”의 기준일은 “암 수술”은 수술일자, “항암약물치료”는 항암약물투여일자, “항암방사선치료”는 항암방사선치료일자로 합니다.

11. “암의 직접적인 치료”에는 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료, 면역력 강화 치료, 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료는 포함되지 않습니다.

12. 제11호에도 불구하고 “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역성 강화 치료, “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.

<별표2> 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (유방암, 전립선암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

약관에서 정하는 악성신생물(암)로 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 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45-C49
7. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51-C58
8. 음경의 악성신생물(암)	C60
9. 고환의 악성신생물(암)	C62
10. 기타 및 상세불명의 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C63
11. 요로의 악성신생물(암)	C64-C68
12. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69-C72
13. 부신의 악성신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
15. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80
16. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81-C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
18. 진성 적혈구 증가증	D45
19. 골수 형성이상 증후군	D46
20. 만성 골수증식 질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

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

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

3. 유방의 악성신생물(암)(분류번호 C50), 전립선의 악성신생물(암)(분류번호 C61), 기타 피부의 악성

신생물(암)(분류번호 C44) 및 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)은 상기 분류표에서 제외합니다.

4. 소화기관의 악성신생물(암)(분류번호 C15~C26)의 경우 제1조(“신일반암” 등의 정의 및 진단확정) 제6항에서 정한 “대장점막내암”은 상기 분류표에서 제외합니다.
5. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<별표3> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
암직접치료급여금 (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%)
해약환급금 (제24조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 40%
	청구일의 다음날부터 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. 특약의 체결 및 소멸(제14조 제2항 제2호)에서 사망 당시의 계약자적립액을 지급함에 있어 지급기일의 다음날부터 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
   ① 지급기일의 다음 날부터 30일이내 기간: 보험계약대출이율
   ② 지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(4%)
   ③ 지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(6%)
   ④ 지급기일의 91일이후 기간: 보험계약대출이율+가산이율(8%)

4. 가산이율 적용시 제10조(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.

6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 초간편 신일반암 제외한 암직접치료특약(갱신형) 약관

◈ 목 차 ◈

무배당 초간편 신일반암 제외한 암직접치료특약(갱신형) 약관 4

제1관 보험금의 지급 4

제1조【“유방암”, “전립선암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”의 정의 및 진단확정】 4
제2조【“제자리암”의 정의 및 진단확정】 5
제3조【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】 5
제4조【“암 수술”의 정의와 장소】 6
제5조【"항암약물치료"의 정의】 7
제6조【"항암방사선치료"의 정의】 7
제7조【"암의 직접적인 치료"의 정의】 7
제8조【보험금의 지급사유】 8
제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】 9
제10조【보험금을 지급하지 않는 사유】 11
제11조【보험금의 청구】 11
제12조【보험금의 지급절차】 11
제13조【보험수익자의 지정】 12

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 12

제14조【계약 전 알릴 의무】 12
제15조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 13

제3관 보험계약의 성립과 유지 14

제16조【특약의 체결 및 소멸】 14
제17조【피보험자의 범위】 15
제18조【특약의 무효】 15
제19조【특약 내용의 변경 등】 15
제20조【특약의 갱신】 16
제21조【특약의 보험기간】 17

제4관 보험료의 납입 17

제22조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】..... 17
제23조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】..... 17
제24조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】..... 18

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등 19

제25조【계약자의 임의해지】..... 19
제25조의2【위법계약의 해지】..... 19
제26조【해약환급금】..... 20
제27조【배당금의 지급】..... 20

제6관 기타사항..... 20

제28조【예금보험에 의한 지급보장】..... 20
제29조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】..... 20
<별표1> 보험금 지급기준표 21
<별표2> 제자리의 신생물 분류표 23
<별표3> 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표..... 24
<별표4> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 25

무배당 초간편 신일반암 제외한 암직접치료특약(갱신형) 약관

제1관 보험금의 지급

제1조【"유방암", "전립선암", "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 **"유방암"**이란 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다

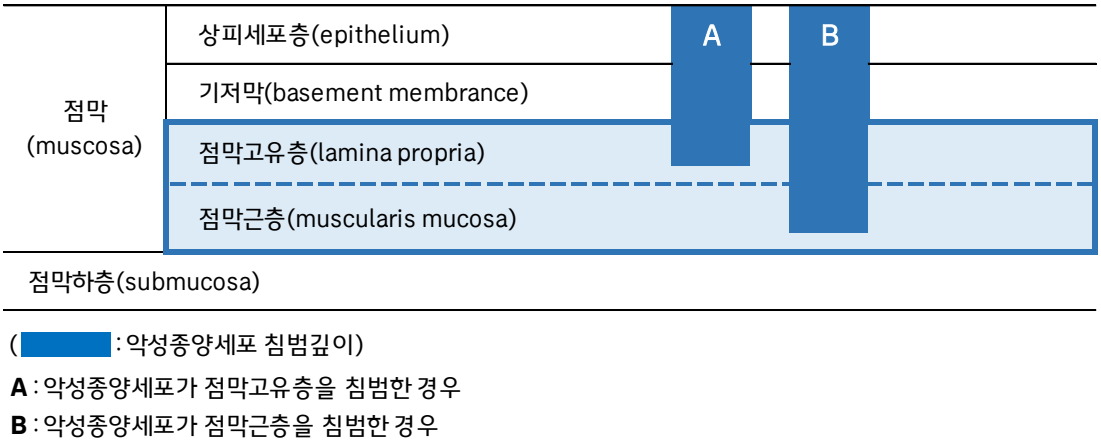
② 이 특약에서 **"전립선암"**이란 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 **"기타피부암"**이란, 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 **"갑상선암"**이란, 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 **"대장점막내암"**이란, 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장의 악성신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

대장점막내암 예시



(: 악성종양세포 침범깊이)

A : 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

B : 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑥ "유방암", "전립선암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "대장점막내암"의 진단확정은 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 하며, 이 경우 "유방암", "전립선암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "대장점막내암"의 진단확정 시점은 상기 검사에

의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “유방암”, “전립선암”, “기타피부암”, “갑상선암” 또는 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<'제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

유의사항

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

설명

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물(암))이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물(암))이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물(암))이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.

제2조【“제자리암”의 정의 및 진단확정】

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

② “제자리암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "제자리암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 **“경계성종양”**이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표3>(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② “경계성종양”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소

견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조【“암 수술”의 정의와 장소】

이 특약에서 **“암 수술”**이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 “유방암, 전립선암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양”으로 인한 직접적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 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 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) 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), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등], “항암방사선치료”, “항암약물치료”는 “암 수술”에서 제외합니다.

신의료기술평가위원회

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

의료법 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 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 의료기관

의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.
※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제5조【"항암약물치료"의 정의】

이 특약에서 **"항암약물치료"**란, 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "유방암, 전립선암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양"으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조【"항암방사선치료"의 정의】

이 특약에서 **"항암방사선치료"**란, 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "유방암, 전립선암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양"으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조【"암의 직접적인 치료"의 정의】

① 이 특약에서 "암의 직접적인 치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다.

② "암의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ "암의 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

④제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 "암의 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 면역성 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

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야 전문의 1 명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

⑤ 제1항 내지 제4항에서 정한 내용은 "유방암", "전립선암", "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 직접적인 치료에 동일하게 적용됩니다.

제8조【보험금의 지급사유】

① 회사는 이 특약의 보험기간 중 "암보장개시일"(다만, "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 경우 보장개시일) 이후에 피보험자가 "유방암", "전립선암", "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암", "경계성종양" 중 어느 하나로 최초 진단 확정되고, 제2항에서 정한 암직접치료급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 암직접치료급여금(<별표1> "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

② "유방암", "전립선암", "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 최초 진단 확정된 날(이하 "최초 진단확정일"이라 합니다)부터 이후 매 1년마다 도래하는 진단확정일(이하 "매년 진단확정일"이라 합니다)의 전일까지, "유방암", "전립선암", "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 "암 수술", "항암약물치료", "항암방사선치료" 중 어느 하나의 치료를 받았을 때 암직접치료급여금을 지급합니다. 다만, 암직접치료급여금은 최초 진단확정일로부터 최대 5년간, 매년 1회를 한도로 지급(최대 5회 지급)합니다.

③ 최초계약의 경우 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 제1항에 따라 "유방암", "전립선암", "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 최초 진단 확정되었을 경우에는 최초 진단확정일로부터 이후 5번째로 도래하는 매년 진단확정일 전일까지 제2항에 따른 암직접치료급여금의 50%를 지급합니다.

암보장개시일

"유방암" 및 "전립선암"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 하며, 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

부활(효력회복)

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

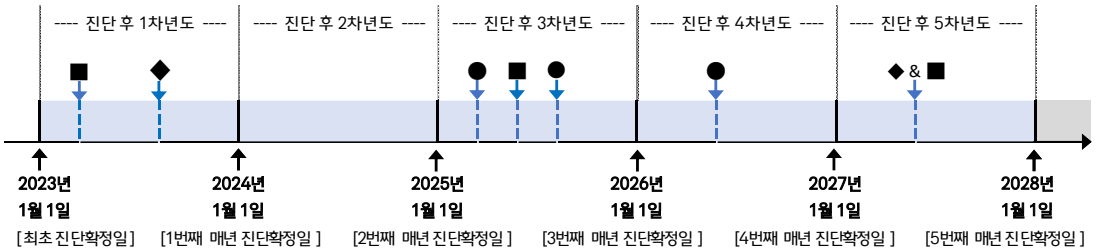
보장개시일

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.

최초계약의 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 최초 진단 확정시 지급 예시

■ 최초계약의 계약일: 2022년 8월 1일, 1구좌 기준
■ 유방암 최초 진단확정일 : 2023년 1월 1일

◆: 암 수술 받음
●: 항암약물치료 받음
■: 항암방사선치료 받음



[최초 진단확정일] [1번째 매년 진단확정일] [2번째 매년 진단확정일] [3번째 매년 진단확정일] [4번째 매년 진단확정일] [5번째 매년 진단확정일]

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	진단 후 4차년도	진단 후 5차년도
* 항암방사선치료 **10만원** 지급 ※ 50% 삭감지급 * 암 수술 지급 X ※ 매년 1회한도 초과	-	* 항암약물치료 **10만원** 지급 ※ 50% 삭감지급 * 항암방사선치료 지급 X ※ 매년 1회한도 초과 * 2차 항암약물치료 지급 X ※ 매년 1회한도 초과	* 항암약물치료 **10만원** 지급 ※ 50% 삭감지급	* 암 수술 **10만원** 지급 ※ 50% 삭감지급 * 항암방사선치료 지급 X ※ 매년 1회한도 초과

※ 2023년 1월 1일 유방암 최초 진단 이후 유방암 이외의 암을 최초 진단 받더라도 암직접치료급여금을 추가 지급하지 않습니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 특약의 보험료 납입기간 중 암보장개시일(다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 경우 보장개시일) 이후 “유방암”, “전립선암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”, “제자리암”, “경계성종양” 중 어느 하나로 최초 진단 확정되거나 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드리며 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약이 갱신형 계약인 경우, 주계약이 갱신되어 다시 보험료를 납입하여야 할때 이 특약도 주계약에 준용하여 보험료를 납입하여야 합니다.

② 제8조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 매년 진단확정일이 해당월에 없는 경우 해당월의 말일을 매년 진단확정일로 합니다.

매년 진단확정일이 없는 달의 예시

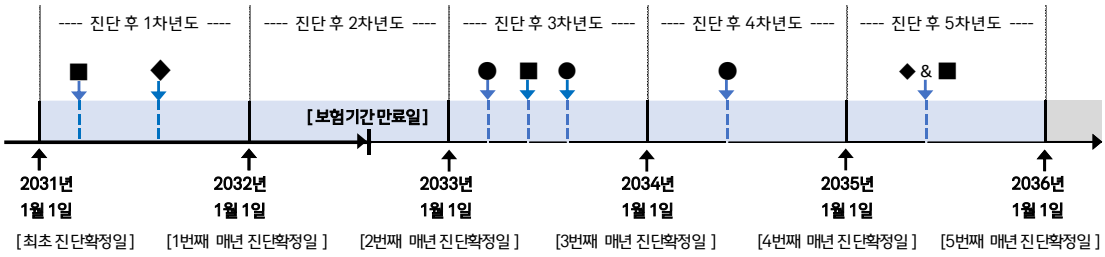
최초 진단확정일: 2024년 2월 29일 일 때, 2025년 2월의 매년 진단확정일은 2025년 2월 28일로 함
⇒ 2025년 2월에는 매년 진단확정일(29일)이 없으므로, 해당월의 마지막 날을 매년 진단확정일로 함

③ 최초 진단확정일부터 이후 5번째로 도래하는 매년 진단확정일의 전일 이전에 보험기간이 만료되더라도, 최초 진단확정일부터 이후 5번째로 도래하는 매년 진단확정일의 전일까지 제8조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암직접치료급여금의 지급사유가 발생한 경우 암직접치료급여금을 지급합니다.

보험기간 만료일을 초과하여 보장하는 경우 지급 예시

- 최초계약의 계약일: 2022년 8월 1일, 1구좌 기준
- 유방암 최초 진단확정일 : 2031년 1월 1일
- 보험기간 만료일: 2032년 7월 31일

◆: 암 수술 받음
●: 항암약물치료 받음
■: 항암방사선치료 받음



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	진단 후 4차년도	진단 후 5차년도
* 항암방사선치료 **20만원** 지급 * 암 수술 지급 X ※ 매년 1회한도 초과	-	* 항암약물치료 **20만원** 지급 * 항암방사선치료 지급 X ※ 매년 1회한도 초과 * 2차 항암약물치료 지급 X ※ 매년 1회한도 초과	* 항암약물치료 **20만원** 지급	* 암 수술 **20만원** 지급 * 항암방사선치료 지급 X ※ 매년 1회한도 초과

※ 2031년 1월 1일 유방암 최초 진단 이후 유방암 이외의 암을 최초 진단 받더라도 암직접치료급여금을 추가 지급하지 않습니다.

④ 제8조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 “어느 하나의 치료를 받았을 때”의 기준일은 “암 수술”은 수술개시일자, “항암약물치료”는 항암약물투여일자, “항암방사선치료”는 항암방사선치료일자로 합니다.

⑤ 제16조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호에 따라 사망 당시 계약자적립액이 지급된 후 암보장개시일(다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 경우 보장개시일) 이후 “유방암”, “전립선암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”, “제자리암”, “경계성종양” 중 어느 하나로 최초 진단 확정된 사실이 확인된 경우에는 최초 진단확정일 이후 지급하는 사망 당시 계약자적립액에서 이미 지급한 계약자적립액 금액을 차감하여 지급합니다.

계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

이 특약의 경우 “유방암”, “전립선암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”, “제자리암”, “경계성종양” 중 어느 하나로 최초 진단된 경우 진단 전과 진단 후의 계약자적립액을 서로 다르게 적용합니다.

⑥ 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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑦ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제10조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하거나 보험료 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

제11조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 진단서(병명기입), 수술증명서, 항암약물치료증명서, 항암방사선치료증명서, 진료기록부 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제12조【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 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 지급사유 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 <별표4> “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 제11조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

보험금 가지급제도

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

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 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항 및 제7항에 따라 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

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

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사요청에 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.

제13조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제8조(보험금의 지급사유)의 경우에는 피보험자로 합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제14조【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 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. 다만, 전화를 이용하여 보험계약을 청약하는 경우에는 음성녹음으로 대신합니다.

제15조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제14조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때

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

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 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 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는「전자서명법」제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 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.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌) 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제14조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제24조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. (다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제3관 보험계약의 성립과 유지

제16조【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 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
2. 피보험자가 사망한 경우
   이 경우 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서” (이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

보험료 및 해약환급금 산출방법서
‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’는 보험회사의 기초서류 중 하나로 보험료와 계약자적립액 및 해약환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.

3. 제8조(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

⑤ 회사는 제2항 제2호에 따라 사망 당시의 계약자적립액을 지급할 때 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표4> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 이 특약이 주계약의 최초 체결시 함께 부가할 경우에는 이를 "최초계약"이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료후 제20조(특약의 갱신)에 따라 특약이 갱신되는 경우에는 이를 "갱신계약"이라 합니다.

제17조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제18조【특약의 무효】

피보험자가 계약일부터 제22조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정한 암보장개시일 전일 이전에 제1조("유방암", "전립선암", "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암"의 정의 및 진단확정) 제1항 및 제2항에서 정한 "유방암" 또는 "전립선암"으로 진단 확정된 경우에 회사는 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 특약의 보험료를 돌려드립니다.

제19조【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 해약환급금이 있을 때에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

감액
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 보험가입금액(구좌)을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 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 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 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.

제20조【특약의 갱신】

① 이 특약은 계약자가 이 특약의 보험료 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 특약의 연체된 보험료 및 갱신 후 특약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 한하여 갱신되어 계속 유지됩니다.

납입최고(독촉)
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

② 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 계약자가 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
2. 갱신되는 특약의 보험기간 만료일이 주계약의 보험기간 만료일을 초과하거나 피보험자의 나이가 100세가 되는 계약해당일을 초과하는 경우
3. 이 특약의 주계약이 갱신계약임에도 불구하고 주계약이 갱신되지 않는 경우
4. 특약의 보험기간 중 피보험자가 “유방암”, “전립선암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”, “제자리암”, “경계성종양” 중 어느 하나로 최초 진단 확정된 경우

③ 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우에 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 등은 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신시의 기초율(이율 및 위험률 등)을 적용합니다.

④ 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우 특약의 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

⑤ 회사는 갱신되는 특약의 변경 내용 및 갱신되는 특약의 보험료 등을 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.

제21조【특약의 보험기간】

① 이 특약이 제20조(특약의 갱신) 제1항에 따라 갱신되는 경우 최초계약과 동일한 보험기간으로 갱신됩니다. 다만, 갱신 시 회사가 정한 방법에 따라 특약의 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지의 기간이 20년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 10년만기로 갱신되며, 10년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 5년만기로 갱신됩니다. 다만, 갱신일부터 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지의 기간이 5년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 갱신일부터 최종으로 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제22조【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 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제2항에서 주계약의 보험료와 함께 특약의 보험료를 선납하는 경우에는 특약의 잔여 보험료 납입기간을 초과하는 기간에 해당하는 특약의 보험료를 선납할 수 없습니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 제1조(“유방암”, “전립선암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”의 정의 및 진단확정) 제1항 및 제2항에서 정한 “유방암” 및 “전립선암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 하며, 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제23조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 특약을 준용합니다.

납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

③ 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.

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 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 회사가 제3항에 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 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑤ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에「보험업감독규정」제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

⑥ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제24조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회

복)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 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제25조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 “유방암”, “전립선암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 최초 진단 확정되기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 암보장개시일(다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 경우 보장개시일) 이후 “유방암”, “전립선암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”, “제자리암”, “경계성종양” 중 어느 하나로 최초 진단 확정된 이후에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

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

제25조의2【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 제26조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권

리를 행사할 수 있습니다.

제26조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다. 또한, 미경과보험료가 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금 및 미경과보험료를 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표4> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제25조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제27조【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

제28조【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

제29조【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)

■ 암직접치료급여금 (약관 제8조)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일(다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 경우 보장개시일) 이후에 “유방암”, “전립선암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”, “제자리암”, “경계성종양” 중 어느 하나로 최초 진단 확정되고, 최초 진단확정일부터 이후 매년 진단확정일의 전일까지, “유방암”, “전립선암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”, “제자리암”, “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 “암 수술”, “항암약물치료”, “항암방사선치료” 중 어느 하나의 치료를 받았을 경우 (다만, 최초 진단확정일로부터, 최대 5년간, 매년 1회 한도로 지급(최대 5회 지급)합니다)
지 급 금 액	매년(매회) 20만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 “유방암”, “전립선암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 최초 진단 확정된 경우 상기 금액의 50%를 지급합니다)

㈜ 1. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 하며, 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

2. 특약의 보험기간 중 암보장개시일 전일 이전에 피보험자가 “유방암” 또는 “전립선암”으로 진단확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 특약의 보험료를 돌려 드립니다.

3. 최초 진단확정일은 “유방암”, “전립선암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 최초 진단 확정된 날을 말합니다.

4. 매년 진단확정일은 최초 진단확정일부터 이후 매 1년마다 도래하는 진단확정일을 말합니다. 다만, 매년 진단확정일이 해당월에 없는 경우 해당월의 말일을 매년 진단확정일로 합니다.

5. 최초계약의 경우 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 “유방암”, “전립선암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 최초 진단 확정되었을 경우에는 최초 진단확정일로부터 이후 5번째로 도래하는 매년 진단확정일 전일까지 암직접치료급여금의 50%를 지급합니다.

6. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 만1년이 지난 계약해당일 전일 이전의 보험금 삭감과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

7. “유방암”, “전립선암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”, “제자리암”, “경계성종양” 중 어느 하나로 최초 진단 확정된 이후에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

8. 최초 진단확정일로부터 이후 5번째로 도래하는 매년 진단확정일의 전일 이전에 보험기간이 만료되더라도, 최초 진단확정일부터 이후 5번째로 도래하는 매년 진단확정일의 전일까지 암직접치료급여금의 지급사유가 발생한 경우 암직접치료급여금을 지급합니다.

9. “어느 하나의 치료를 받았을 때”의 기준일은 “암 수술”은 수술일자, “항암약물치료”는 항암약물투여일

자, “항암방사선치료”는 항암방사선치료일자로 합니다.

10. “암의 직접적인 치료”에는 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료, 면역력 강화 치료, 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료는 포함되지 않습니다.
11. 제10호에도 불구하고 “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역성 강화 치료, “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.

<별표2> 제자리의 신생물 분류표

약관에서 정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 정하는 제자리의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대 상 신 생 물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세 불명 부위의 제자리암종	D09

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

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

<별표3> 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 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 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

㈜ 1. 제9차 개정 이후 약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 만성 골수증식질환(분류번호 D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(분류번호 D47.3), 골수섬유증(분류번호 D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](분류번호 D47.5)은 "9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물"에 포함되지 않는 것으로 보아 상기 분류표에서 제외됩니다.

<별표4> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
암직접치료급여금 (제8조)	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%)
해약환급금 (제26조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 40%
	청구일의 다음날부터 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. 특약의 체결 및 소멸(제16조 제2항 제2호)에서 사망 당시의 계약자적립액을 지급함에 있어 지급기일의 다음날부터 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

① 지급기일의 다음 날부터 30일이내 기간: 보험계약대출이율

② 지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(4%)

③ 지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(6%)

④ 지급기일의 91일이후 기간: 보험계약대출이율+가산이율(8%)

4. 가산이율 적용시 제12조(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.

6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 초간편 암간병인사용입원특약(갱신형) 약관

◈ 목 차 ◈

무배당 초간편 암간병인사용입원특약 (갱신형) 약관 4

제1관 보험금의 지급 4

제1조【“암”, “기타피부암”, “갑상선암”의 정의 및 진단확정】 4
제2조【“제자리암”의 정의 및 진단확정】 4
제3조【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】 5
제4조【“간병인”의 정의】 5
제5조【“간호·간병통합서비스”의 정의】 6
제6조【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】 7
제7조【“요양병원”의 정의】 8
제8조【“입원(요양병원 제외)” 및 “입원(요양병원)”의 정의와 장소】 8
제9조【”암의 직접적인 치료”의 정의】 8
제10조【보험금의 지급사유】 9
제11조【보험금 지급에 관한 세부규정】 10
제12조【보험금을 지급하지 않는 사유】 12
제13조【보험금의 청구】 13
제14조【보험금의 지급절차】 13
제15조【보험수익자의 지정】 14

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 14

제16조【계약 전 알릴 의무】 14
제17조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 15

제3관 보험계약의 성립과 유지 16

제18조【특약의 체결 및 소멸】 16
제19조【피보험자의 범위】 17
제20조【특약의 무효】 17
제21조【특약 내용의 변경 등】 17
제22조【특약의 갱신】 18

제23조【특약의 보험기간】 18

제4관 보험료의 납입 19

제24조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 19
제25조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 19
제26조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 20

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등 21

제27조【계약자의 임의해지】 21
제27조의2【위법계약의 해지】 21
제28조【해약환급금】 21
제29조【배당금의 지급】 21

제6관 기타사항 22

제30조【예금보험에 의한 지급보장】 22
제31조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】 22
<별표1> 보험금 지급기준표 23
<별표2> 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 갑상선암 제외) 25
<별표3> 제자리의 신생물 분류표 27
<별표4> 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 28
<별표5> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 29

무배당 초간편 암간병인사용입원특약 (갱신형) 약관

제1관 보험금의 지급

제1조【"암", "기타피부암", "갑상선암"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 **"암"**이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표2> (대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 갑상선암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암)), 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

유의사항

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

설명

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물(암))이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물(암))이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물(암))이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 이 특약에서 **"기타피부암"**이란, 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 **"갑상선암"**이란, 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 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 하며, 이 경우 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조【"제자리암"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 **"제자리암"**이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표3> (제자리의 신생물 분류표)에서 정한

질병을 말합니다.

② "제자리암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "제자리암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조【"경계성종양"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 **"경계성종양"**이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표4> (행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조【"간병인"의 정의】

① 이 특약에서 "간병인"이란, 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "의료기관"이라 합니다)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다. 다만, 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인 간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 "직업안정법"상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

"간병인"의 주요업무 예시

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조

등

의료법 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 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.

② 제1항에서 간병서비스란, 간병인이 피보험자가 의료기관에 입원한 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서 지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 제5조("간호·간병통합서비스"의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

제5조【"간호·간병통합서비스"의 정의】

이 특약에서 "간호·간병통합서비스"란, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

의료법 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 준수하여야한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 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.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

의료법 시행규칙 제1조의4 (간호•간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사 · 치과의사 또는 한의사가 간호 · 간병통합서비스가 필요 하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

① 제4조(“간병인”의 정의)에서 “간병인”의 정의 또는 제5조(“간호·간병통합서비스”의 정의)에서 “간호·간병통합서비스”의 정의가 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 하나에 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 간호·간병통합서비스가 폐지되어 제10조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제10조(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(음성녹음) 또는 전자 문서 등으로 보장내용, 보험가입금액(구좌), 보험료 변경내역 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경일 시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

보험료 및 해약환급금 산출방법서

‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’는 보험회사의 기초서류 중 하나로 보험료와 계약자적립액 및 해약환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.

계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액(구좌) 등이 변경될 수 있습니다.
⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조【"요양병원"의 정의】

이 특약에서 "요양병원"이란, 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호의 '라'의 규정에 의한 국내의 요양병원 및 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관 중 이에 상응하는 의료기관(이하 "요양병원"이라 합니다)을 말합니다.

제8조【"입원(요양병원 제외)" 및 "입원(요양병원)"의 정의와 장소】

① 이 특약에서 "입원(요양병원 제외)"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양으로 인한 "직접적인 치료"가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다. 다만, 의료법 제3조 제2항 제3호에서 규정한 병원급 의료기관 중 요양병원은 제외합니다.
② 이 특약에서 "입원(요양병원)"이라 함은 의사가 피보험자의 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제7조("요양병원"의 정의)에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
③ 이 특약에서 "입원"이라 함은 제1항 또는 제2항에 해당하는 경우를 말합니다.

제9조【"암의 직접적인 치료"의 정의】

① 이 특약에서 "암의 직접적인 치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다.

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

② "암의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
③ "암의 직접적인 치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입

증되지 않은 치료

2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 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

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

3. “말기환자(末期患者)”란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야 전문의 1 명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

⑤ 제1항 내지 제4항에서 정한 내용은 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 직접적인 치료에 동일하게 적용됩니다.

제10조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 아래의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(<별표1> “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

(다만, 최초계약의 계약일부터 만2년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 지급사유가 발생한 경우에는 50%를 지급합니다)

1. 특약의 보험기간 중 암보장개시일(다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 경우 보장개시일) 이후에 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 확정되고 그 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 “직접적인 치료”를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에서 1일 이상 계속하여 “입원(요양병원 제외)”하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우
   : 간병인사용 암입원급여금(요양병원 제외) 지급 (1회 입원당 사용일수 180일 한도)
2. 특약의 보험기간 중 암보장개시일(다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 경우 보장개시일) 이후에 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 확정되고 그 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 “직접적인 치료”를 목적으로 요양병원에서 1일 이상 계속하여 “입원(요양병원)”하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우
   : 간병인사용 암입원급여금(요양병원) 지급 (1회 입원당 사용일수 180일 한도)

3. 특약의 보험기간 중 암보장개시일(다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 경우 보장개시일) 이후에 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 확정되고 그 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 “직접적인 치료”를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에서 1일 이상 계속하여 “입원(요양병원 제외)”하며 간호·간병통합서비스를 사용한 경우

: 간호·간병통합서비스 암입원급여금(요양병원 제외) 지급 (1회 입원당 사용일수 180일 한도)

암보장개시일
“암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 하며, 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
부활(효력회복)
보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일
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.

제11조【보험금 지급에 관한 세부규정】

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

② 제10조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제3호의 간병인사용 암입원급여금(요양병원 제외) 및 간호·간병통합서비스 암입원급여금(요양병원 제외)은 제7조(“요양병원”의 정의)에서 정한 “요양병원”에 입원한 경우에는 지급하지 않습니다.

③ 제10조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 사용일수는 각각 1회 입원당 사용일수 180일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원일이 갱신 전·후에 계속되는 경우에 그 사용일수의 계산은 갱신 전·후에 계속되는 간병인 또는 간호·간병통합서비스 사용일수를 합산한 기준으로 1회 입원당 180일을 최고한도로 하여 계산한 금액을 지급합니다.

④ 제10조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제3호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원(요양병원 제외)한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제3항을 적용합니다.

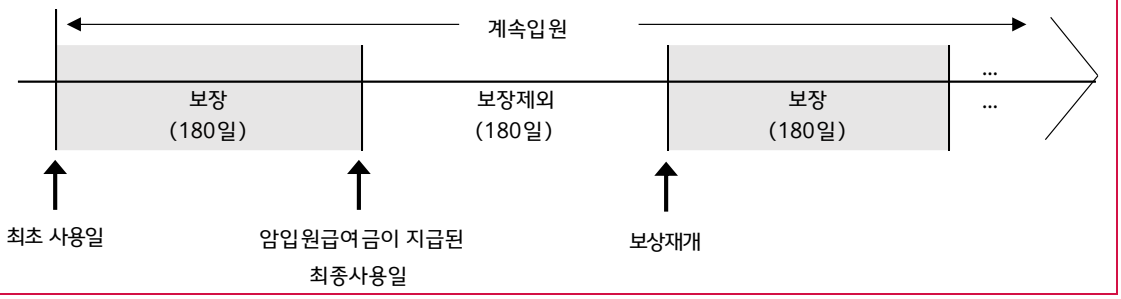
⑤ 제10조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원(요양병원)한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제3항을 적용합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원이라도 간병인사용 암입원급여금(요양병원 제외), 간병인사용 암입원급여금(요양병원) 또는 간호·간병통합서비스 암입원급여금(요양병원 제외)이 지급된 최종사용일부터 180일이 지난 후 사용한 간병인은 새로운 입원에 대한 간병인의 사용으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간병인사용 암입원급여금(요양병원 제외), 간병인사용 암입원급여금(요양병원) 또는 간호·간병통합서비스 암입원급여금(요양병원 제외)이 지급된 최종사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원

없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용 암입원급여금(요양병원 제외), 간병인사용 암입원급여금(요양병원) 또는 간호·간병통합서비스 암입원급여금(요양병원 제외)이 지급된 최종사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【장기입원환자의 간병인사용 암입원급여금(요양병원 제외), 간병인사용 암입원급여금(요양병원) 및 간호·간병통합서비스 암입원급여금(요양병원 제외) 보장(예시)】

<간병인사용 암입원급여금(요양병원 제외), 간병인사용 암입원급여금(요양병원) 및 간호·간병통합서비스 암입원급여금(요양병원 제외)>



⑦ 제10조(보험금의 지급사유)의 지급사유에 해당하는 입원기간 중 이 특약의 보험기간이 만료된 경우에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여 제3항 내지 제5항에 따라 제10조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 입원급여금을 180일 한도로 지급합니다.

⑧ 계속 중인 입원이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

⑨ 제10조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 간병인사용 암입원급여금(요양병원 제외), 간병인사용 암입원급여금(요양병원), 간호·간병통합서비스 암입원급여금(요양병원 제외)는 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날을 각각 합산하여 적용하며, 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 실제 사용하지 않는 날에 대해서는 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 제1호 내지 제3호를 지급하지 않습니다.

【"실제 사용한 날"에 대한 지급 예시】

- 병원(단, 요양병원 제외)에 입원한 기간
: 2025년 1월 4일부터 2025년 7월 20일까지
- 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하며 간병인을 실제 사용한 기간
: 2025년 1월 4일부터 2025년 7월 13일까지 (192일)
→ 사용일수 한도에 따른 간병인사용 암입원급여금(요양병원 제외) 지급대상 사용일수: 180일

- 요양병원에 입원한 기간
: 2025년 1월 4일부터 2025년 7월 20일까지
- 요양병원에 입원하며 간병인을 실제 사용한 기간
: 2025년 1월 4일부터 2025년 7월 13일까지 (192일)
→ 사용일수 한도에 따른 간병인사용 암입원급여금(요양병원) 지급대상 사용일수: 180일

- 병원(단, 요양병원 제외)에 입원한 기간
: 2025년 7월 21일부터 2026년 1월 25일까지
- 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하며 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 기간
: 2025년 7월 21일부터 2026년 1월 14일까지 (185일)
→ 사용일수 한도에 따른 간호·간병통합서비스 암입원급여금(요양병원 제외) 지급대상 사용일수: 180일

※ 상기 "실제 사용한 날" 외의 입원기간에 대해서는 간병인사용 암입원급여금(요양병원 제외), 간병인사용 암입원급여금(요양병원) 및 간호·간병통합서비스 암입원급여금(요양병원 제외)을 지급하지 않습니다.

⑩ 제10조(보험금의 지급사유) 제1호의 사용일수는 1일당 8시간 이상 간병인을 사용한 경우에 한하여 사용일수 1일로 계산합니다. 1일당 8시간 미만으로 간병인을 사용한 경우 간병인을 사용하지 않은 것으로 하여 보험금은 지급하지 않습니다.

【암간병인 사용시간이 8시간 이상인 경우에 대한 지급 예시】

- 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하며 간병인을 실제 사용한 기간
: 2024년 5월 9일부터 2024년 6월 1일까지 (24일)

- 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하며 간병인을 실제 사용한 기간 중 1일당 간병인 사용시간이 8시간 미만인 기간
: 2024년 5월 9일부터 2024년 5월 15일까지 (7일)

- 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하며 간병인을 실제 사용한 기간 중 1일당 간병인 사용시간이 8시간 이상인 기간
: 2024년 5월 16일부터 2024년 6월 1일까지 (17일)

→ 간병인사용 암입원급여금(요양병원 제외) 지급대상 사용일수: 17일

※ 상기 "실제 사용한 날" 외의 입원기간에 대해서는 간병인사용 암입원급여금(요양병원 제외)을 지급하지 않습니다.

⑪ 제10조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제3호의 경우 피보험자가 의료기관(단, 요양병원 제외)을 이전하여 "입원(요양병원 제외)"한 경우에도 동일한 질병으로 그 치료를 직접적인 목적으로 "입원(요양병원 제외)"한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑫ 제10조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 요양병원을 이전하여 "입원(요양병원)"한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 "입원(요양병원)"한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑬ 제11항 및 제12항에도 불구하고 간호·간병통합서비스 사용에서 간병인 사용으로 변경이 있는 경우 또는 그 반대의 경우에는 변경된 기준에 따라 제10조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 간병인사용 암입원급여금(요양병원 제외), 간병인사용 암입원급여금(요양병원), 간호·간병통합서비스 암입원급여금(요양병원 제외)을 지급합니다. 다만, 변경이 같은 날에 발생하여 2가지 이상의 보험금 지급사유를 충족한 경우 해당일에 대하여 가장 높은 입원급여금을 지급합니다.

⑭ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않을 경우 회사는 제10조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 각 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑮ 제10조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 경우 최초계약의 계약일부터 만2년 미만에 간병인사용 암입원급여금(요양병원 제외), 간병인사용 암입원급여금(요양병원) 또는 간호·간병통합서비스 암입원급여금(요양병원 제외)의 지급사유가 발생한 때에는 해당 입원급여금의 50%를 지급하고 그 계속 중인 간병인 또는 간호·간병통합서비스 사용기간이 최초계약의 계약일부터 만2년을 초과하는 경우에는 그 날부터 간병인 또는 간호·간병통합서비스 사용일수 1일당 해당 입원급여금을 삭감하여 지급하지 않습니다.

⑯ 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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제12조【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 제10조(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

제13조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 입원증명서, 진료기록부, 간병인 사용확인서 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 “간병인 사용확인서”는 다음 각 호의 서류를 말합니다.
1. 입원간병인 사용확인서 (회사양식)
2. 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다)
3. 사업자등록증 또는 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류 (사업자의 직인 또는 서명 포함)

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

④ 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류이어야 합니다.

⑤ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제14조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제13조(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 <별표5> “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 제13조(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. 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제16항에 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 제17조(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.

제15조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제10조(보험금의 지급사유)의 경우에는 피보험자로 합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제16조【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 직

장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

사례

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 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.

제17조【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 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때

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

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(특약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리 결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는「전자서명법」제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 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.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌) 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 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
⑥ 제26조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. (다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제3관 보험계약의 성립과 유지

제18조【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 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
2. 피보험자가 사망한 경우
이 경우 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

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

⑤ 이 특약이 주계약의 최초 체결시 함께 부가할 경우에는 이를 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기

간 만료후 제22조(특약의 갱신)에 따라 특약이 갱신되는 경우에는 이를 “갱신계약”이라 합니다.

⑥ 회사는 제2항 제2호에 따라 사망 당시의 계약자적립액을 지급할 때 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표5> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제19조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제20조【특약의 무효】

피보험자가 계약일부터 제24조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정한 암보장개시일 전일 이전에 제1조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 특약의 보험료를 돌려드립니다.

제21조【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 해약환급금이 있을 때에는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

감액
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 보험가입금액(구좌)을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 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 제10조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 발생한 후에

는 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.

제22조【특약의 갱신】

① 이 특약은 계약자가 이 특약의 보험료 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 특약의 연체된 보험료 및 갱신 후 특약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 한하여 갱신되어 계속 유지됩니다.

납입최고(독촉)
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

② 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 계약자가 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
2. 갱신되는 특약의 보험기간 만료일이 주계약의 보험기간 만료일을 초과하거나 피보험자의 나이가 100세가 되는 계약해당일을 초과하는 경우
3. 이 특약의 주계약이 갱신계약임에도 불구하고 주계약이 갱신되지 않은 경우

③ 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우에 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 등은 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신시의 기초율(이율 및 위험률 등)을 적용합니다.

④ 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우 특약의 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

⑤ 회사는 갱신되는 특약의 변경 내용 및 갱신되는 특약의 보험료 등을 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.

제23조【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 하며, 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 특약의 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지의 기간이 10년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 5년 만기 갱신으로 하며, 5년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 갱신일부터 최종으로 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제24조【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 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제2항에서 주계약의 보험료와 함께 특약의 보험료를 선납하는 경우에는 특약의 잔여 보험료 납입기간을 초과하는 기간에 해당하는 특약의 보험료를 선납할 수 없습니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 제1조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 하며, 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제25조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 특약을 준용합니다.

납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

③ 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.

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 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 회사가 제3항에 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 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑤ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

⑥ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제26조【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 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제27조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제27조의2【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 제28조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제28조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다. 또한, 미경과보험료가 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금 및 미경과보험료를 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표5> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제27조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제29조【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

제30조【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

제31조【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)

(1) 간병인사용 암입원급여금(요양병원 제외) (약관 제10조 제1호)

지 급 사 유	지 급 금 액
특약의 보험기간 중 암보장개시일(다만, "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 경우 보장개시일) 이후에 피보험자가 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단 확정되고 그 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 "직접적인 치료"를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에서 1일 이상 계속하여 "입원(요양병원 제외)"하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 (1회 입원당 사용일수 180일 한도)	간병인 사용일수 1일당 암 4,000원 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 2,000원 다만, 최초계약의 계약일부터 만2년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 간병인사용 암입원급여금(요양병원 제외)의 지급사유가 발생한 경우에는 상기 금액의 50%를 지급합니다.

(2) 간병인사용 암입원급여금(요양병원) (약관 제10조 제2호)

지 급 사 유	지 급 금 액
특약의 보험기간 중 암보장개시일(다만, "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 경우 보장개시일) 이후에 피보험자가 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단 확정되고 그 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 "직접적인 치료"를 목적으로 요양병원에서 1일 이상 계속하여 "입원(요양병원)"하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 (1회 입원당 사용일수 180일 한도)	간병인 사용일수 1일당 암 1,500원 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 750원 다만, 최초계약의 계약일부터 만2년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 간병인사용 암입원급여금(요양병원)의 지급사유가 발생한 경우에는 상기 금액의 50%를 지급합니다.

(3) 간호·간병통합서비스 암입원급여금(요양병원 제외) (약관 제10조 제3호)

지 급 사 유	지 급 금 액
특약의 보험기간 중 암보장개시일(다만, "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 경우 보장개시일) 이후에 피보험자가 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단 확정되고 그 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 "직접적인 치료"를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관	간호·간병통합서비스 사용일수 1일당 암 1,000원 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 500원 다만, 최초계약의 계약일부터 만2년이 지난

에서 1일 이상 계속하여 “입원(요양병원 제외)”하며 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 (1회 입원당 사용일수 180일 한도)	계약해당일의 전일 이전에 간호·간병통합서비스 암입원급여금(요양병원 제외)의 지급사유가 발생한 경우에는 상기 금액의 50%를 지급합니다.

㈜ 1. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 하며, 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

2. “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료를 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다.

3. 간병인사용 암입원급여금(요양병원 제외)의 사용일수는 1일당 8시간 이상 간병인을 사용한 경우에 한하여 사용일수 1일로 계산합니다. 1일당 8시간 미만으로 간병인을 사용한 경우 간병인을 사용하지 않은 것으로 하여 보험금은 지급하지 않습니다.

4. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 2년 미만(최초계약의 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 삭감과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

5. 특약의 보험기간 중 암보장개시일 전일 이전에 피보험자가 “암”으로 진단확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 특약의 보험료를 돌려 드립니다.

<별표2> 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 갑상선암 제외)

약관에서 정하는 악성신생물(암)로 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 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

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

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

3. 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44) 및 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)은 상기 분류표에서 제외합니다.

4. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라

C77~C80(이차성 및 상세불명의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<별표3> 제자리의 신생물 분류표

약관에서 정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 정하는 제자리의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대 상 신 생 물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세 불명 부위의 제자리암종	D09

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

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

<별표4> 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 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 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

㈜ 1. 제9차 개정 이후 약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 만성 골수증식질환(분류번호 D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(분류번호 D47.3), 골수섬유증(분류번호 D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](분류번호 D47.5)은 "9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물"에 포함되지 않는 것으로 보아 상기 분류표에서 제외됩니다.

<별표5> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
간병인사용 암입원급여금 (요양병원 제외), 간병인사용 암입원급여금 (요양병원), 간호·간병통합서비스 암입원급여금 (요양병원 제외) (제10조)	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%)
해약환급금 (제28조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 40%
	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. 특약의 체결 및 소멸(제18조 제2항 제2호)에서 사망 당시의 계약자적립액을 지급함에 있어 지급기일의 다음날부터 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
   ① 지급기일의 다음 날부터 30일이내 기간: 보험계약대출이율
   ② 지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(4%)
   ③ 지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(6%)
   ④ 지급기일의 91일이후 기간: 보험계약대출이율+가산이율(8%)

4. 가산이율 적용시 제14조(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 대하

여 가산이율을 적용하지 않습니다.

6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 초간편 심뇌혈관질환간병인사용입원특약 (갱신형)약관

◈ 목 차 ◈

무배당 초간편 심뇌혈관질환 간병인사용입원특약 (갱신형) 약관 4

제1관 보험금의 지급 4

제1조【"심뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정】..... 4
제2조【"간병인"의 정의】..... 4
제3조【"간호·간병통합서비스"의 정의】..... 5
제4조【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】..... 6
제5조【"요양병원"의 정의】..... 7
제6조【"입원(요양병원 제외)" 및 "입원(요양병원)"의 정의와 장소】..... 7
제7조【보험금의 지급사유】..... 7
제8조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... 8
제9조【보험금을 지급하지 않는 사유】..... 10
제10조【보험금의 청구】..... 11
제11조【보험금의 지급절차】..... 11
제12조【보험수익자의 지정】..... 12

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 12

제13조【계약 전 알릴 의무】..... 12
제14조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】..... 13

제3관 보험계약의 성립과 유지 14

제15조【특약의 체결 및 소멸】..... 14
제16조【피보험자의 범위】..... 15
제17조【특약 내용의 변경 등】..... 15
제18조【특약의 갱신】..... 16
제19조【특약의 보험기간】..... 16

제4관 보험료의 납입 17

제20조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】..... 17

제21조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 17
제22조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 18

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등 18

제23조【계약자의 임의해지】 19
제23조의2【위법계약의 해지】 19
제24조【해약환급금】 19
제25조【배당금의 지급】 19

제6관 기타사항 20

제26조【예금보험에 의한 지급보장】 20
제27조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】 20
<별표1> 보험금 지급기준표 21
<별표2> 심뇌혈관질환 분류표 22
<별표3> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 24

무배당 초간편 심뇌혈관질환 간병인사용입원특약 (갱신형) 약관

제1관 보험금의 지급

제1조【"심뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "심뇌혈관질환"이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표2>(심뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② "심뇌혈관질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "의료기관"이라 합니다)에서 해당 분야의 전문의(치과의사, 한의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

의료법 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 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【"간병인"의 정의】

① 이 특약에서 "간병인"이란, 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "의료기관"이라 합니다)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다. 다만, 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인 간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니

다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 “직업안정법”상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

“간병인”의 주요업무 예시

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

의료법 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 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.

② 제1항에서 간병서비스란, 간병인이 피보험자가 의료기관에 입원한 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서 지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 제3조(“간호·간병통합서비스”의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

제3조【“간호·간병통합서비스”의 정의】

이 특약에서 “간호·간병통합서비스”란, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

의료법 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 준수하여야한다.

④「공공보건의료에 관한 법률」제2조3호에 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.
※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

의료법 시행규칙 제1조의4 (간호•간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사 · 치과의사 또는 한의사가 간호 · 간병통합서비스가 필요 하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1.「군보건의료에 관한 법률」제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제4조【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

① 제2조(“간병인”의 정의)에서 “간병인”의 정의 또는 제3조(“간호·간병통합서비스”의 정의)에서 “간호·간병통합서비스”의 정의가 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 하나에 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 간호·간병통합서비스가 폐지되어 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 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(음성녹음) 또는 전자 문서 등으로 보장내용, 보험가입금액(구좌), 보험료 변경내역 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경일 시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

보험료 및 해약환급금 산출방법서

‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’는 보험회사의 기초서류 중 하나로 보험료와 계약자적립액 및 해약환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.

계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정

한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액(구좌) 등이 변경될 수 있습니다.
⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제5조【"요양병원"의 정의】

이 특약에서 "요양병원"이란, 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호의 '라'의 규정에 의한 국내의 요양병원 및 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관 중 이에 상응하는 의료기관(이하 "요양병원"이라 합니다)을 말합니다.

제6조【"입원(요양병원 제외)" 및 "입원(요양병원)"의 정의와 장소】

① 이 특약에서 "입원(요양병원 제외)"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 심뇌혈관질환으로 인한 "직접적인 치료"가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "의료기관"이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다. 다만, 의료법 제3조 제2항 제3호에서 규정한 병원급 의료기관 중 요양병원은 제외합니다.
② 이 특약에서 "입원(요양병원)"이라 함은 의사가 피보험자의 심뇌혈관질환으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제5조("요양병원"의 정의)에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
③ 이 특약에서 "입원"이라 함은 제1항 또는 제2항에 해당하는 경우를 말합니다.

제7조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 아래의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(<별표1> "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.
(다만, 최초계약의 계약일부터 만2년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 지급사유가 발생한 경우에는 50%를 지급합니다)

1. 특약의 보험기간 중 피보험자가 "심뇌혈관질환"으로 진단 확정되고 "심뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에서 1일 이상 계속하여 "입원(요양병원 제외)"하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우
   : 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외) 지급 (1회 입원당 사용일수 180일 한도)
2. 특약의 보험기간 중 피보험자가 "심뇌혈관질환"으로 진단 확정되고 "심뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원에서 1일 이상 계속하여 "입원(요양병원)"하며 간병인을 사용하여 실질적

으로 간병서비스를 이용한 경우
: 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원) 지급 (1회 입원당 사용일수 180일 한도)

3. 특약의 보험기간 중 피보험자가 “심뇌혈관질환”으로 진단 확정되고 “심뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에서 1일 이상 계속하여 “입원(요양병원 제외)”하며 간호·간병통합서비스를 사용한 경우
: 간호·간병통합서비스 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외) 지급 (1회 입원당 사용일수 180일 한도)

제8조【보험금 지급에 관한 세부규정】

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

② 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제3호의 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외) 및 간호·간병통합서비스 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외)은 제5조(“요양병원”의 정의)에서 정한 “요양병원”에 입원한 경우에는 지급하지 않습니다.

③ 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 사용일수는 각각 1회 입원당 사용일수 180일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원일이 갱신 전·후에 계속되는 경우에 그 사용일수의 계산은 갱신 전·후에 계속되는 간병인 또는 간호·간병통합서비스 사용일수를 합산한 기준으로 1회 입원당 180일을 최고한도로 하여 계산한 금액을 지급합니다.

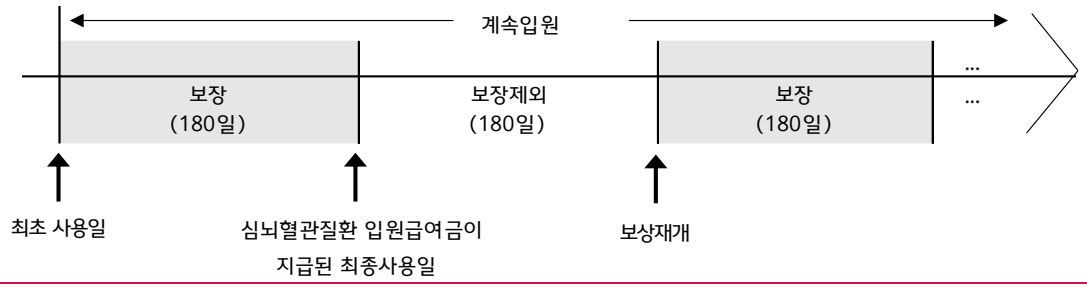
④ 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제3호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원(요양병원 제외)한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제3항을 적용합니다.

⑤ 제7조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원(요양병원)한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제3항을 적용합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원이라도 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외), 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원) 또는 간호·간병통합서비스 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외)이 지급된 최종사용일부터 180일이 지난 후 사용한 간병인은 새로운 입원에 대한 간병인의 사용으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외), 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원) 또는 간호·간병통합서비스 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외)이 지급된 최종사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외), 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원) 또는 간호·간병통합서비스 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외)이 지급된 최종사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【장기입원환자의 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외), 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원) 및 간호·간병통합서비스 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외) 보장(예시)】

<간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외), 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원) 및 간호·간병통합서비스 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외)>



⑦ 제7조(보험금의 지급사유)의 지급사유에 해당하는 입원기간 중 이 특약의 보험기간이 만료된 경우에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여 제3항 내지 제5항에 따라 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 입원급여금을 180일 한도로 지급합니다.

⑧ 계속 중인 입원이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

⑨ 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외), 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원), 간호·간병통합서비스 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외)는 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날을 각각 합산하여 적용하며, 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 실제 사용하지 않는 날에 대해서는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 제1호 내지 제3호를 지급하지 않습니다.

【"실제 사용한 날"에 대한 지급 예시】

- 병원(단, 요양병원 제외)에 입원한 기간
: 2025년 1월 4일부터 2025년 7월 20일까지
- 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하며 간병인을 실제 사용한 기간
: 2025년 1월 4일부터 2025년 7월 13일까지 (192일)
→ 사용일수 한도에 따른 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외) 지급대상 사용일수: 180일

- 요양병원에 입원한 기간
: 2025년 1월 4일부터 2025년 7월 20일까지
- 요양병원에 입원하며 간병인을 실제 사용한 기간
: 2025년 1월 4일부터 2025년 7월 13일까지 (192일)
→ 사용일수 한도에 따른 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원) 지급대상 사용일수: 180일

- 병원(단, 요양병원 제외)에 입원한 기간
: 2025년 7월 21일부터 2026년 1월 25일까지
- 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하며 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 기간
: 2025년 7월 21일부터 2026년 1월 14일까지 (185일)
→ 사용일수 한도에 따른 간호·간병통합서비스 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외) 지급대상 사용일수: 180일

※ 상기 "실제 사용한 날" 외의 입원기간에 대해서는 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외), 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원) 및 간호·간병통합서비스 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외)을 지급하지 않습니다.

⑩ 제7조(보험금의 지급사유) 제1호의 사용일수는 1일당 8시간 이상 간병인을 사용한 경우에 한하여 사용일수 1일로 계산합니다. 1일당 8시간 미만으로 간병인을 사용한 경우 간병인을 사용하지 않은 것으로 하

여 보험금은 지급하지 않습니다.

【 심뇌혈관질환 간병인 사용시간이 8시간 이상인 경우에 대한 지급 예시】

- 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하며 간병인을 실제 사용한 기간
: 2024년 5월 9일부터 2024년 6월 1일까지 (24일)

- 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하며 간병인을 실제 사용한 기간 중 1일당 간병인 사용시간이 8시간 미만인 기간
: 2024년 5월 9일부터 2024년 5월 15일까지 (7일)

- 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하며 간병인을 실제 사용한 기간 중 1일당 간병인 사용시간이 8시간 이상인 기간
: 2024년 5월 16일부터 2024년 6월 1일까지 (17일)

→ 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외) 지급대상 사용일수: 17일

※ 상기 "실제 사용한 날" 외의 입원기간에 대해서는 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외)을 지급하지 않습니다.

⑪ 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제3호의 경우 피보험자가 의료기관(단, 요양병원 제외)을 이전하여 "입원(요양병원 제외)"한 경우에도 동일한 질병으로 그 치료를 직접적인 목적으로 "입원(요양병원 제외)"한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑫ 제7조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 요양병원을 이전하여 "입원(요양병원)"한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 "입원(요양병원)"한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑬ 제11항 및 제12항에도 불구하고 간호·간병통합서비스 사용에서 간병인 사용으로 변경이 있는 경우 또는 그 반대의 경우에는 변경된 기준에 따라 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외), 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원), 간호·간병통합서비스 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외)을 지급합니다. 다만, 변경이 같은 날에 발생하여 2가지 이상의 보험금 지급사유를 충족한 경우 해당일에 대하여 가장 높은 입원급여금을 지급합니다.

⑭ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않을 경우 회사는 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 각 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑮ 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호에서 최초계약의 계약일부터 만2년 미만에 심뇌혈관질환의 직접적인 치료를 목적으로 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외), 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원) 또는 간호·간병통합서비스 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외)의 지급사유가 발생한 때에는 해당 입원급여금의 50%를 지급하고 그 계속 중인 간병인 또는 간호·간병통합서비스 사용기간이 최초계약의 계약일부터 만2년을 초과하는 경우에는 그 날부터 간병인 또는 간호·간병통합서비스 사용일수 1일당 해당 입원급여금을 삭감하여 지급하지 않습니다.

⑯ 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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조【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 제7조(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

제10조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
   1. 청구서 (회사양식)
   2. 사고증명서 (사망진단서, 입원증명서, 진료기록부, 간병인 사용확인서 등)
   3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
   4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 “간병인 사용확인서”는 다음 각 호의 서류를 말합니다.
   1. 입원간병인 사용확인서 (회사양식)
   2. 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다)
   3. 사업자등록증 또는 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류 (사업자의 직인 또는 서명 포함)

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

④ 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류이어야 합니다.

⑤ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제11조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제10조(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 <별표3> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것

으로 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 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 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제16항에 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 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사요청에 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.

제12조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제7조(보험금의 지급사유)의 경우에는 피보험자로 합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조【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 있습

니다.

사례

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 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.

제14조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제13조(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 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때

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

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.

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 처리 결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는「전자서명법」제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 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.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌) 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제13조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제22조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. (다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

부활(효력회복)
보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

제3관 보험계약의 성립과 유지

제15조【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 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
2. 피보험자가 사망한 경우
이 경우 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

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

⑤ 이 특약이 주계약의 최초 체결시 함께 부가할 경우에는 이를 "최초계약"이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료후 제18조(특약의 갱신)에 따라 특약이 갱신되는 경우에는 이를 "갱신계약"이라 합니다.

⑥ 회사는 제2항 제2호에 따라 사망 당시의 계약자적립액을 지급할 때 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표3> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제16조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제17조【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 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

감액

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 보험가입금액(구좌)을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 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 제7조(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.

제18조【특약의 갱신】

① 이 특약은 계약자가 이 특약의 보험료 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 특약의 연체된 보험료 및 갱신 후 특약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 한하여 갱신되어 계속 유지됩니다.

납입최고(독촉)
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

② 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 계약자가 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
2. 갱신되는 특약의 보험기간 만료일이 주계약의 보험기간 만료일을 초과하거나 피보험자의 나이가 100세가 되는 계약해당일을 초과하는 경우
3. 이 특약의 주계약이 갱신계약임에도 불구하고 주계약이 갱신되지 않은 경우

③ 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우에 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 등은 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신시의 기초율(이율 및 위험률 등)을 적용합니다.

④ 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우 특약의 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

⑤ 회사는 갱신되는 특약의 변경 내용 및 갱신되는 특약의 보험료 등을 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.

제19조【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 하며, 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 특약의 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지의 기간이 10년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 5년 만기 갱신으로 하며, 5년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 갱신일부터 최종으로 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제20조【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 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제2항에서 주계약의 보험료와 함께 특약의 보험료를 선납하는 경우에는 특약의 잔여 보험료 납입기간을 초과하는 기간에 해당하는 특약의 보험료를 선납할 수 없습니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제21조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 특약을 준용합니다.

납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

③ 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.

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 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 회사가 제3항에 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 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑤ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에「보험업감독규정」제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

⑥ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조【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 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제23조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제23조의2【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 제24조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제24조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다. 또한, 미경과보험료가 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금 및 미경과보험료를 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표3> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제23조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제25조【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

제26조【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

제27조【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)

(1) 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외) (약관 제7조 제1호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 “심뇌혈관질환”으로 진단 확정되고 “심뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에서 1일 이상 계속하여 “입원(요양병원 제외)”하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 (1회 입원당 사용일수 180일 한도)
지 급 금 액	간병인 사용일수 1일당 4,000원 (다만, 최초계약의 계약일부터 만2년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외)의 지급사유가 발생한 경우에는 상기 금액의 50%를 지급합니다)

(2) 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원) (약관 제7조 제2호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 “심뇌혈관질환”으로 진단 확정되고 “심뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원에서 1일 이상 계속하여 “입원(요양병원)”하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 (1회 입원당 사용일수 180일 한도)
지 급 금 액	간병인 사용일수 1일당 1,500원 (다만, 최초계약의 계약일부터 만2년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원)의 지급사유가 발생한 경우에는 상기 금액의 50%를 지급합니다)

(3) 간호·간병통합서비스 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외) (약관 제7조 제3호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 “심뇌혈관질환”으로 진단 확정되고 “심뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에서 1일 이상 계속하여 “입원(요양병원 제외)”하며 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 (1회 입원당 사용일수 180일 한도)
지 급 금 액	간호·간병통합서비스 사용일수 1일당 1,000원 (다만, 최초계약의 계약일부터 만2년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 간호·간병통합서비스 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외)의 지급사유가 발생한 경우에는 상기 금액의 50%를 지급합니다)

㈜ 1. 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외)의 사용일수는 1일당 8시간 이상 간병인을 사용한 경우에 한하여 사용일수 1일로 계산합니다. 1일당 8시간 미만으로 간병인을 사용한 경우 간병인을 사용하지 않은 것으로 하여 보험금은 지급하지 않습니다.

2. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 2년 미만(최초계약의 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 삭감과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

<별표2> 심뇌혈관질환 분류표

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

대 상 질 병 명	분류번호
1. 심장 침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
2. 심장 침범이 있는 류마티스열	I01
3. 류마티스무도병	I02
4. 류마티스성 승모판질환	I05
5. 류마티스성 대동맥판질환	I06
6. 류마티스성 삼첨판질환	I07
7. 다발판막질환	I08
8. 기타 류마티스심장질환	I09
9. 협심증	I20
10. 급성심근경색증	I21
11. 후속심근경색증	I22
12. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
13. 기타 급성 허혈심장질환	I24
14. 만성 허혈심장병	I25
15. 폐색전증	I26
16. 기타 폐성 심장질환	I27
17. 폐혈관의 기타 질환	I28
18. 급성 심장막염	I30
19. 심장막의 기타 질환	I31
20. 달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
21. 급성 및 아급성 심내막염	I33
22. 비류마티스성 승모판장애	I34
23. 비류마티스성 대동맥판장애	I35
24. 비류마티스성 삼첨판장애	I36
25. 폐동맥판장애	I37
26. 상세불명 판막의 심내막염	I38
27. 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
- 칸디다심내막염	B37.6
28. 급성 심근염	I40
29. 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41

30. 심근병증	I42
31. 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
32. 방실차단 및 좌각차단	I44
33. 기타 전도장애	I45
34. 심장정지	I46
35. 발작성 빈맥	I47
36. 심방세동 및 조동	I48
37. 기타 심장부정맥	I49
38. 심부전	I50
39. 심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
40. 달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
- 수막알균성 심장병	A39.5
41. 거미막하출혈	I60
42. 뇌내출혈	I61
43. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
44. 뇌경색증	I63
45. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
46. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
47. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
48. 기타 뇌혈관질환	I67
49. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
50. 뇌혈관질환의 후유증	I69

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

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

<별표3> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외), 간병인사용 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원), 간호·간병통합서비스 심뇌혈관질환 입원급여금(요양병원 제외)(제7조)	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%)
해약환급금(제24조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율(이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 평균공시이율(이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 40%
	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. 특약의 체결 및 소멸(제15조 제2항 제2호)에서 사망 당시의 계약자적립액을 지급함에 있어 지급기일의 다음날부터 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
   ① 지급기일의 다음 날부터 30일이내 기간: 보험계약대출이율
   ② 지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(4%)
   ③ 지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(6%)
   ④ 지급기일의 91일이후 기간: 보험계약대출이율+가산이율(8%)

4. 가산이율 적용시 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.
6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 초간편 암심뇌혈관질환 수술후 간병인사용입원특약 (갱신형) 약관

◈ 목 차 ◈

무배당 초간편 암심뇌혈관질환 수술후 간병인사용입원특약 (갱신형) 약관 4

제1관 보험금의 지급 4

제1조【"암", "기타피부암", "갑상선암"의 정의 및 진단확정】 4
제2조【"제자리암"의 정의 및 진단확정】 5
제3조【"경계성종양"의 정의 및 진단확정】 5
제4조【"심뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정】 5
제5조【"수술"의 정의와 장소】 6
제6조【"간병인"의 정의】 6
제7조【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】 7
제8조【"입원"의 정의와 장소】 8
제9조【"요양병원"의 정의】 8
제10조【"암의 직접적인 치료"의 정의】 8
제11조【보험금의 지급사유】 9
제12조【보험금 지급에 관한 세부규정】 10
제13조【보험금을 지급하지 않는 사유】 13
제14조【보험금의 청구】 14
제15조【보험금의 지급절차】 14
제16조【보험수익자의 지정】 15

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 15

제17조【계약 전 알릴 의무】 15
제18조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 15

제3관 보험계약의 성립과 유지 17

제19조【특약의 체결 및 소멸】 17
제20조【피보험자의 범위】 18
제21조【특약 내용의 변경 등】 18
제22조【특약의 갱신】 18

제23조【특약의 보험기간】 19

제4관 보험료의 납입 19

제24조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 19
제25조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 20
제26조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 21

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등 21

제27조【계약자의 임의해지】 21
제27조의2【위법계약의 해지】 21
제28조【해약환급금】 22
제29조【배당금의 지급】 22

제6관 기타사항 22

제30조【예금보험에 의한 지급보장】 22
제31조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】 23
<별표1> 보험금 지급기준표 24
<별표2> 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 갑상선암 제외) 25
<별표3> 제자리의 신생물 분류표 27
<별표4> 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 28
<별표5> 심뇌혈관질환 분류표 29
<별표6> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 31

무배당 초간편 암심뇌혈관질환 수술후 간병인사용입원특약 (갱신형) 약관

제1관 보험금의 지급

제1조【"암", "기타피부암", "갑상선암"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 **"암"**이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표2> (대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 갑상선암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암)), 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

유의사항

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

설명

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물(암))이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물(암))이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물(암))이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 이 특약에서 **"기타피부암"**이란, 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 **"갑상선암"**이란, 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 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 하며, 이 경우 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조【"제자리암"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 **"제자리암"**이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표3> (제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② "제자리암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "제자리암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조【"경계성종양"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 **"경계성종양"**이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표4> (행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조【"심뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "심뇌혈관질환"이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표5>(심뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② "심뇌혈관질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "의료기관"이라 합니다)에서 해당 분야의 전문의(치과의사, 한의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

의료법 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 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.

제5조【"수술"의 정의와 장소】

이 특약에서 "수술"이란, 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 의료기관에서 의사의 관리하에 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 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 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 가임 목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등], 항암방사선치료, 항암약물치료는 "수술"에서 제외합니다.

신의료기술평가위원회

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

제6조【"간병인"의 정의】

① 이 특약에서 "간병인"이란, 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료기관에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다. 다만, 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인 간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 "직업안정법"상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

"간병인"의 주요업무 예시

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

② 제1항에서 간병서비스란, 간병인이 피보험자가 의료기관에 입원한 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서 지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2 (간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

의료법 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 준수하여야한다.

④「공공보건의료에 관한 법률」제2조3호에 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.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

의료법 시행규칙 제1조의4 (간호•간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사 · 치과의사 또는 한의사가 간호 · 간병통합서비스가 필요 하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1.「군보건의료에 관한 법률」제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제7조【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

① 제6조("간병인"의 정의)에서 "간병인"의 정의가 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 하나에 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 간병인의 정의가 변경되어 제11조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에

대한 판단이 불가능한 경우

2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해질 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 전자 문서 등으로 보장내용, 보험가입금액(구좌), 보험료 변경내역 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경일 시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

보험료 및 해약환급금 산출방법서
'보험료 및 해약환급금 산출방법서'는 보험회사의 기초서류 중 하나로 보험료와 계약자적립액 및 해약환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.
계약자적립액
장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액(구좌) 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제8조【"입원"의 정의와 장소】

이 특약에서 "입원"이란, 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암", "경계성종양" 또는 "심뇌혈관질환"으로 인한 직접적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제9조【"요양병원"의 정의】

이 특약에서 "요양병원"이란, 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호의 '라'의 규정에 의한 국내의 요양병원 및 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관 중 이에 상응하는 의료기관(이하 "요양병원"이라 합니다)을 말합니다.

제10조【"암의 직접적인 치료"의 정의】

① 이 특약에서 "암의 직접적인 치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으

로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다.

② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ “암의 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 “암의 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

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

3. “말기환자(末期患者)”란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야 전문의 1 명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

⑤ 제1항 내지 제4항에서 정한 내용은 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 직접적인 치료에 동일하게 적용됩니다.

제11조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 아래의 사유에 모두 해당되는 경우에는 보험수익자에게 약정한 암심뇌 수술 후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외) (<별표1> “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

(다만, 최초계약의 계약일부터 만2년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 50%를 지급합니다)

① 특약의 보험기간 중 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양” 또는 “심뇌혈관질환”으로 진단 확정이 된 후, 그 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양” 또는 “심뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우

② 제1항의 수술과 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술 후, 수술일로부터 365일 경과 이전에 요양병원을 제외한 의료기관에서 1일 이상 계속하여 입원하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비

스를 사용한 경우
(수술 1회당 수술 후, 수술일로부터 365일 경과 이전 사용일수 20일 한도)

제12조【보험금 지급에 관한 세부규정】

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

② 제11조(보험금의 지급사유) 제1항의 경우 회사는 피보험자가 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회 수술에 해당합니다. 다만, 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술에 해당합니다.

③ 제2항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, '머리', '목', '척추(등뼈)', '체간골(어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈)', '흉부장기·복부장기·비뇨생식기', '팔', '다리', '손가락', '발가락'을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

④ 제2항에서 피보험자가 동일한 질병으로 인하여 수술 후, 수술일로부터 365일 경과 이전에 2회 이상 수술한 경우에는 1회 수술한 것으로 보아 각 사용일수를 더하고 제11조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고, 보험금 지급사유에 해당하는 수술을 받고 수술일로부터 365일이 경과한 이후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 다른 독립적인 수술로 봅니다. 이때, 동일한 질병이란 한국표준질병·사인분류상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.

【수술 후 365일 경과 이전 다른 질병으로 수술시 지급 예시】

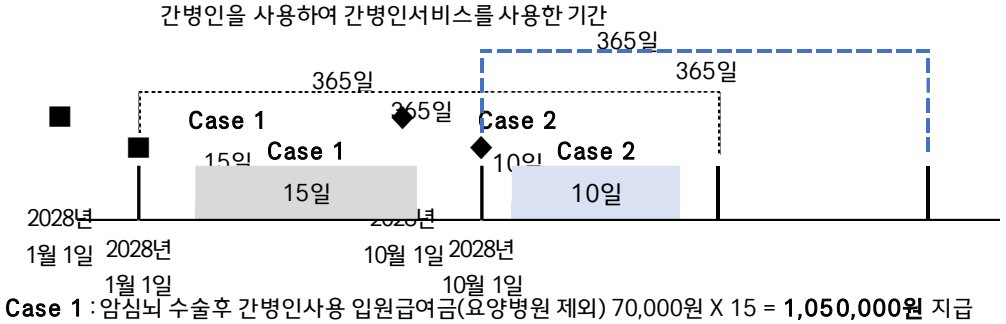
* 최초계약의 계약일: 2025년 4월 1일, 10구좌 기준

■ : 뇌경색증(I63) 수술일 2028년 1월 1일

◆ : 유방암(C50) 수술일 2028년 10월 1일

: 뇌경색증(I63)으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 수술 후 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원하며 간병인을 사용하여 간병인서비스를 사용한 기간

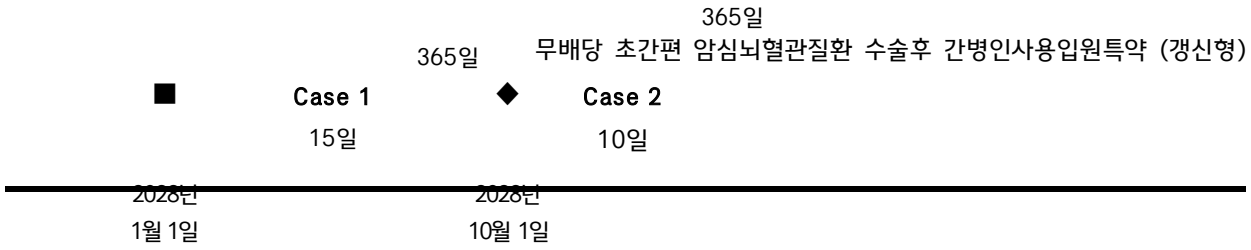
: 유방암(C50)으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 수술 후 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원하며 간병인을 사용하여 간병인서비스를 사용한 기간



Case 1 : 암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외) 70,000원 X 15 = **1,050,000원** 지급

Case 2 : 암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외) 70,000원 X 10 = **700,000원** 지급

: 유방암(C50)으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 수술 후 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원하며 간병인을 사용하여 간병인서비스를 사용한 기간

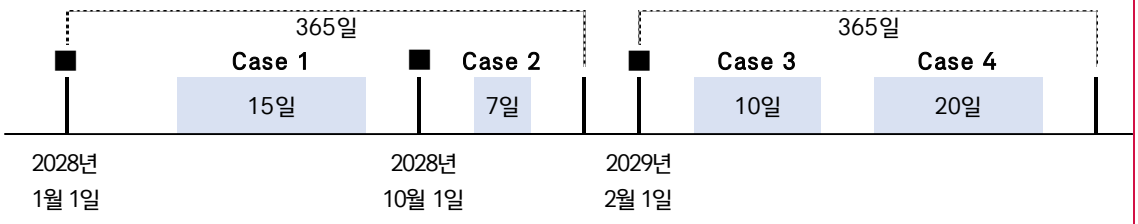


Case 1 : 암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외) 70,000원 X 15 = **1,050,000원** 지급
Case 2 : 다른 질병을 원인으로 수술하였으므로
암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외) 70,000원 X 10 = **700,000원** 지급

⑥ 제11조(보험금의 지급사유)에서 암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외)의 사용일수는 11조(보험금의 지급사유) 제1항의 각각 1회 수술당 사용일수 20일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원일이 갱신 전·후에 계속되는 경우에 그 사용일수의 계산은 갱신 전·후에 계속되는 간병인 사용일수를 합산한 기준으로 1회 수술당 20일을 최고한도로 하여 계산한 금액을 지급합니다.

【동일한 질병으로 수술시 지급 예시】

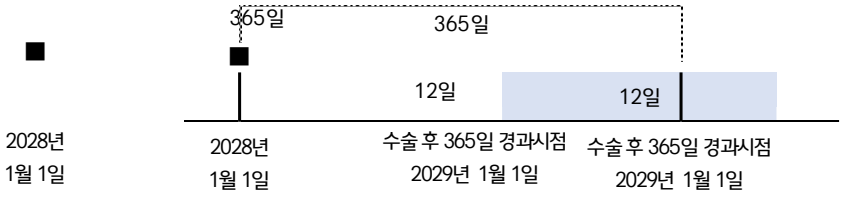
* 최초계약의 계약일: 2025년 4월 1일, 10구좌 기준
■ : 뇌경색증(I63) 첫 번째 수술일 : 2028년 1월 1일
■ : 뇌경색증(I63) 두 번째 수술일 : 2028년 10월 1일
■ : 뇌경색증(I63) 세 번째 수술일 : 2029년 2월 1일
: 뇌경색증(I63)으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 수술 후 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원하며 간병인을 사용하여 간병인서비스를 사용한 기간



Case 1 : 암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외) 70,000원 X 15 = **1,050,000원** 지급
Case 2 : 첫 번째 수술과 동일한 질병으로 365일 이내 수술하였으므로 1회 수술로 보아
암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외) 70,000원 X 5 = **350,000원** 지급
(나머지 2일은 최고한도 20일 초과하여 지급하지 않음)
Case 3 : 보험금 지급사유에 해당하는 첫 번째 수술일이 365일 경과하였으므로 다른 질병으로 간주
암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외) 70,000원 X 10 = **700,000원** 지급
Case 4 : 암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외) 70,000원 X 10 = **700,000원** 지급
(나머지 10일은 최고한도 20일 초과하여 지급하지 않음)

【수술 후 365일 경과 이전, 이후 지급 예시】

* 최초계약의 계약일: 2025년 4월 1일, 10구좌 기준
■ : 뇌경색증(I63) 수술일 : 2028년 1월 1일
: 뇌경색증(I63)으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 수술 후 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원하며 간병인을 사용하여 간병인서비스를 사용한 기간



* 수술 후 365일 경과 이전에 입원하여 365일 경과 이후까지 계속하여 입원하며 간병인을 사용하여 간병인서비스를 사용한 경우
→ 암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외) 70,000원 X 10 = **700,000원** 지급
(나머지 2일은 수술 후 365일을 경과하여 지급하지 않음)

* 최초계약의 계약일: 2025년 4월 1일, 10구좌 기준

■ : 뇌경색증(I63) 수술일 : 2028년 1월 1일

: 뇌경색증(I63)으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 수술 후 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원하며 간병인을 사용하여 간병인서비스를 사용한 기간

무배당 초간편 암심뇌혈관질환 수술후 간병인사용입원특약 (갱신형)

365일

■

12일

2028년 1월 1일 — 수술 후 365일 경과시점 2029년 1월 1일

* 수술 후 365일 경과 이전에 입원하여 365일 경과 이후까지 계속하여 입원하며 간병인을 사용하여 간병인서비스를 사용한 경우
→ 암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외) 70,000원 X 10 = **700,000원** 지급
(나머지 2일은 수술 후 365일을 경과하여 지급하지 않음)

⑦ 제11조(보험금의 지급사유) 제1항에 의한 수술이 보험기간 만료 이전에 발생하고 제11조(보험금의 지급사유) 제2항의 사용일수가 이 특약의 보험기간이 만료된 경우에도 암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외)을 20일 한도로 지급합니다.

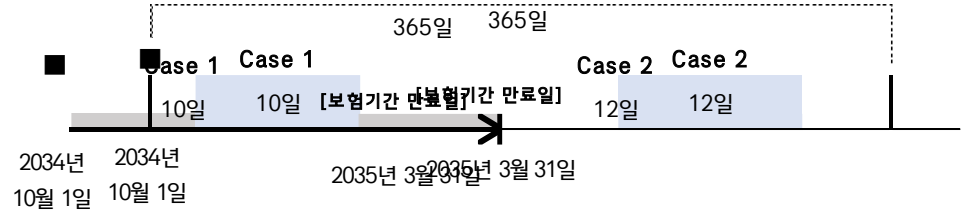
【보험기간 만료일을 초과하여 보장하는 경우 지급 예시】

* 최초계약의 계약일: 2025년 4월 1일, 10구좌 기준

■ : 뇌경색증(I63) 수술일 : 2034년 10월 1일

* 보험기간 만료일: 2035년 3월 31일

: 뇌경색증(I63)으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 수술 후 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원하며 간병인을 사용하여 간병인서비스를 이용한 기간



Case 1 : 암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외) 70,000원 X 10 = **700,000원** 지급

Case 2 : 암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외) 70,000원 X 10 = **700,000원** 지급

(나머지 2일은 최고한도 20일 초과하여 지급하지 않음)

⑧ 제11조(보험금의 지급사유)에서 암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외)은 간병인을 실제 사용한 날을 각각 합산하여 적용하며, 간병인을 실제 사용하지 않은 날에 대해서는 암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외)를 지급하지 않습니다.

【"실제 사용한 날"에 대한 지급 예시】

- 병원(단, 요양병원 제외)에 입원한 기간
: 2026년 1월 4일부터 2026년 2월 20일까지
- 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하며 간병인을 실제 사용한 기간
: 2026년 1월 4일부터 2026년 1월 10일까지 (7일)
→ 암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외) 지급대상 사용일수: 7일

- 병원(단, 요양병원 제외)에 입원한 기간
: 2026년 1월 4일부터 2026년 2월 20일까지
- 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하며 간병인을 실제 사용한 기간
: 2026년 1월 4일부터 2026년 2월 10일까지 (37일)
→ 사용일수 한도에 따른 암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외) 지급대상 사용일수: 20일

※ 상기 "실제 사용한 날" 외의 입원기간에 대해서는 암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외)을 지급하지 않습니다.

⑨ 제11조(보험금의 지급사유) 제2항의 사용일수는 1일당 8시간 이상 간병인을 사용한 경우에 한하여 사용일수 1일로 계산합니다. 1일당 8시간 미만으로 간병인을 사용한 경우 간병인을 사용하지 않은 것으로 하여 보험금은 지급하지 않습니다.

【간병인 사용시간이 8시간 이상인 경우에 대한 지급 예시】

- 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하며 간병인을 실제 사용한 기간
: 2025년 5월 9일부터 2025년 6월 1일까지 (24일)

- 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하며 간병인을 실제 사용한 기간 중 1일당 간병인 사용시간이 8시간 미만인 기간
: 2025년 5월 9일부터 2025년 5월 15일까지 (7일)

- 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하며 간병인을 실제 사용한 기간 중 1일당 간병인 사용시간이 8시간 이상인 기간
: 2025년 5월 16일부터 2025년 6월 1일까지 (17일)

→ 암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외) 지급대상 사용일수: 17일

※ 상기 "실제 사용한 날" 외의 입원기간에 대해서는 암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외)을 지급하지 않습니다.

⑩ 제11조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 피보험자가 의료기관(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑪ 계속하여 입원이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

⑫ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않을 경우 회사는 제11조(보험금의 지급사유)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑬ 제11조(보험금의 지급사유)에서 최초계약의 계약일부터 만2년 미만에 암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외)의 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금의 50%를 지급하고 그 계속 중인 간병인 사용기간이 최초계약의 계약일부터 만2년을 초과하는 경우에는 그 날부터 암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외)을 삭감하여 지급하지 않습니다.

⑭ 계속 중인 간병인 사용기간이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 사용한 경우를 뜻합니다.

⑮ 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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제13조【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 제11조(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

제14조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 입원증명서, 진료기록부, 간병인 사용확인서 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 "간병인 사용확인서"는 다음 각 호의 서류를 말합니다.

1. 입원간병인 사용확인서 (회사양식)
2. 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다)
3. 사업자등록증 또는 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류 (사업자의 직인 또는 서명 포함)

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

④ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제15조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제14조(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 제14조(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. 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제15항에 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 제18조(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.

제16조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제11조(보험금의 지급사유)의 경우에는 피보험자로 합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제17조【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 계약 전 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.

제18조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제17조(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 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한

할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때

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

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.

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 처리 결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 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.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌) 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제17조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제26조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. (다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

부활(효력회복)
보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

제3관 보험계약의 성립과 유지

제19조【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 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
2. 피보험자가 사망한 경우
   이 경우 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

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

⑤ 이 특약이 주계약의 최초 체결시 함께 부가할 경우에는 이를 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료 후 제22조(특약의 갱신)에 따라 특약이 갱신되는 경우에는 이를 “갱신계약”이라 합니다.

⑥ 회사는 제2항 제2호에 따라 사망 당시의 계약자적립액을 지급할 때 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표6> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제20조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제21조【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 해약환급금이 있을 때에는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

감액
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 보험가입금액(구좌)을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 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 제11조(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.

제22조【특약의 갱신】

① 이 특약은 계약자가 이 특약의 보험료 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 특약의 연체된 보험료 및 갱신 후 특약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 한하여 갱신되어 계속 유지됩니다.

납입최고(독촉)
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

② 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 계약자가 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
2. 갱신되는 특약의 보험기간 만료일이 주계약의 보험기간 만료일을 초과하거나 피보험자의 나이가 100세가 되는 계약해당일을 초과하는 경우
3. 이 특약의 주계약이 갱신계약임에도 불구하고 주계약이 갱신되지 않은 경우

③ 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우에 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 등은 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신시의 기초율(이율 및 위험률 등)을 적용합니다.

④ 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우 특약의 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

⑤ 회사는 갱신되는 특약의 변경 내용 및 갱신되는 특약의 보험료 등을 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.

제23조【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 하며, 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 특약의 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지의 기간이 10년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 5년 만기 갱신으로 하며, 5년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 갱신일부터 최종으로 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제24조【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 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제2항에서 주계약의 보험료와 함께 특약의 보험료를 선납하는 경우에는 특약의 잔여 보험료 납입기간을 초과하는 기간에 해당하는 특약의 보험료를 선납할 수 없습니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제25조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 특약을 준용합니다.

납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

③ 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.

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 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 회사가 제3항에 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 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑤ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것

3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

⑥ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제26조【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 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제27조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제27조의2【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 제28조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제28조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다. 또한, 미경과보험료가 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.
② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금 및 미경과보험료를 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표6> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
④ 제27조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제29조【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

제30조【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

제31조【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)

■ 암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외) (약관 제11조)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양” 또는 “심뇌혈관질환”으로 진단 확정이 된 후, 그 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양” 또는 “심뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 후 수술과 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술 후, 수술일로부터 365일 경과 이전에 요양병원을 제외한 의료기관에서 1일 이상 계속하여 입원하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 사용한 경우 (수술 1회당 수술 후, 수술일로부터 365일 경과 이전 사용일수 20일 한도)
지 급 금 액	간병인 사용일수 1일당 7,000원 (다만, 최초계약의 계약일부터 만2년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외)의 지급사유가 발생한 경우에는 상기 금액의 50%를 지급합니다)

㈜ 1. “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료를 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다.

2. 암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금(요양병원 제외)의 사용일수는 1일당 8시간 이상 간병인을 사용한 경우에 한하여 사용일수 1일로 계산합니다. 1일당 8시간 미만으로 간병인을 사용한 경우 간병인을 사용하지 않은 것으로 하여 보험금은 지급하지 않습니다.

3. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 2년 미만(최초계약의 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 삭감과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

<별표2> 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 갑상선암 제외)

약관에서 정하는 악성신생물(암)로 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 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

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

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

3. 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44) 및 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)은 상기 분류표에서 제외합니다.

4. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라

C77~C80(이차성 및 상세불명의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<별표3> 제자리의 신생물 분류표

약관에서 정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 정하는 제자리의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대 상 신 생 물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세 불명 부위의 제자리암종	D09

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

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

<별표4> 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 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 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

㈜ 1. 제9차 개정 이후 약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 만성 골수증식질환(분류번호 D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(분류번호 D47.3), 골수섬유증(분류번호 D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](분류번호 D47.5)은 "9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물"에 포함되지 않는 것으로 보아 상기 분류표에서 제외됩니다.

<별표5> 심뇌혈관질환 분류표

약관에서 정하는 심뇌혈관질환으로 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 심뇌혈관질환 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 심장 침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
2. 심장 침범이 있는 류마티스열	I01
3. 류마티스무도병	I02
4. 류마티스성 승모판질환	I05
5. 류마티스성 대동맥판질환	I06
6. 류마티스성 삼첨판질환	I07
7. 다발판막질환	I08
8. 기타 류마티스심장질환	I09
9. 협심증	I20
10. 급성심근경색증	I21
11. 후속심근경색증	I22
12. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
13. 기타 급성 허혈심장질환	I24
14. 만성 허혈심장병	I25
15. 폐색전증	I26
16. 기타 폐성 심장질환	I27
17. 폐혈관의 기타 질환	I28
18. 급성 심장막염	I30
19. 심장막의 기타 질환	I31
20. 달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
21. 급성 및 아급성 심내막염	I33
22. 비류마티스성 승모판장애	I34
23. 비류마티스성 대동맥판장애	I35
24. 비류마티스성 삼첨판장애	I36
25. 폐동맥판장애	I37
26. 상세불명 판막의 심내막염	I38
27. 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
- 칸디다심내막염	B37.6
28. 급성 심근염	I40
29. 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41

30. 심근병증	I42
31. 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
32. 방실차단 및 좌각차단	I44
33. 기타 전도장애	I45
34. 심장정지	I46
35. 발작성 빈맥	I47
36. 심방세동 및 조동	I48
37. 기타 심장부정맥	I49
38. 심부전	I50
39. 심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
40. 달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
- 수막알균성 심장병	A39.5
41. 거미막하출혈	I60
42. 뇌내출혈	I61
43. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
44. 뇌경색증	I63
45. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
46. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
47. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
48. 기타 뇌혈관질환	I67
49. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
50. 뇌혈관질환의 후유증	I69

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

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

<별표6> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
암심뇌 수술후 간병인사용 입원급여금 (요양병원 제외) (제11조)	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%)
해약환급금 (제28조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 40%
	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. 특약의 체결 및 소멸(제19조 제2항 제2호)에서 사망 당시의 계약자적립액을 지급함에 있어 지급기일의 다음날부터 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

① 지급기일의 다음 날부터 30일이내 기간: 보험계약대출이율

② 지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(4%)

③ 지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(6%)

④ 지급기일의 91일이후 기간: 보험계약대출이율+가산이율(8%)

4. 가산이율 적용시 제15조(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.

6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

지정대리청구서비스특약
약관

◈ 목 차 ◈

지정대리청구서비스특약 약관 3

제1관 보험계약의 성립과 유지 3

제1조【적용대상】 3
제2조【특약의 체결 및 소멸】 3

제2관 지정대리청구인의 지정 3

제3조【지정대리청구인의 지정】 3
제4조【지정대리청구인의 변경지정】 3

제3관 보험금 지급 4

제5조【보험금 지급 등의 절차】 4
제6조【보험금 등 청구】 4

제4관 기타사항 4

제7조【주계약 및 특약 약관 규정의 준용】 4

지정대리청구서비스특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조【적용대상】

이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 주계약 및 특약에 적용됩니다.

제2조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 부가됩니다.

② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

제2관 지정대리청구인의 지정

제3조【지정대리청구인의 지정】

① 계약자는 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정(제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 따라 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조【지정대리청구인의 변경지정】

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

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

3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제3관 보험금 지급

제5조【보험금 지급 등의 절차】

① 지정대리청구인은 제6조(보험금 등 청구)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

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

제6조【보험금 등 청구】

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

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

제4관 기타사항

제7조【주계약 및 특약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

장 애 인 전 용 보 험 전 환 특 약

v20190401

◈ 목 차 ◈

제1조【특약의 적용범위】 3
제2조【제출서류】 4
제3조【장애인전용보험으로의 전환】 5
제4조【전환 취소】 6
제5조【준용규정】 6

장애인전용보험 전환특약

제1조【특약의 적용범위】

① 이 특약은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 다음 각호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함할 수 있으며, 이하 "전환대상계약"이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

1. 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

관련 소득세법 용어 설명

< 소득세법 제 59 조의 4(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 100 분의 12(제 1 호의 경우에는 100 분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100 만원을 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(제 1 호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

<소득세법 시행령 제 118 조의 4 (보험료의 세액공제)>

① 소득세법 제 59 조의 4 제 1 항제 1 호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제 2 항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.

② 소득세법 제 59 조의 4 제 1 항제 2 호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.

1. 생명보험
2. 상해보험
3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험
4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법」 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제
6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3 억원을 초과하는 경우는 제외한다.

<소득세법 시행규칙 제 61 조의 3 (공제대상보험료의 범위)>

소득세법 시행령 제118조의4제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제 1항」에서 규정한 장애인인 보험

관련 소득세법 용어 설명

<「소득세법 시행령 제 107 조(장애인의 범위)」에서 규정한 장애인>

① 소득세법 제 51 조 제 1 항 제 2 호에 따른 장애인은 다음 각호의 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. 제 1 호 및 제 2 호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

<소득세법 시행규칙 제 54 조(장애아동의 범위) >

소득세법 시행령 제107조제1항제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시

<예시 1>

피보험자 1 인은 비장애인이고 보험수익자 2 인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우

⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.

< 예시 2>

보험수익자 1 인은 비장애인이고 피보험자 2 인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우

⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.

< 예시 3>

피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우

⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특약을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

② 전환대상계약이 해지 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조(장애인전용보험으로의 전환) 제1항에도 불구하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

④ 이 특약의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제2조【제출서류】

① 이 특약에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙 별지

제38호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본」(이하, "장애인증명서"라 합니다)을 제출하여 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제 1항의 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 제출하여야 합니다.

제3조【장애인전용보험으로의 전환】

① 회사는 이 특약이 부가된 전환대상계약을 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호」에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.

② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

설명
2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가2019년 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(2019년6월1일~2019년12월31일) 납입된 보험료만 장애인전용 보장성보험으로 표시됩니다.

③ 제2항에도 불구하고, ' 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 전환대상계약이 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우' 또는 '전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우' 에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

설명
2019 년 1 월 15 일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019 년 6 월 1 일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2019 년 12 월 1 일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100 분의 15 에 해당하는 금액이

종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

④ 전환대상계약에 이 특약이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(특약의 적용범위)제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특약의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특약을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제1조(특약의 적용범위)제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

제4조【전환 취소】

① 계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제5조【준용규정】

① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.

② 소득세법 등 관련법규가 제•개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.



AIA생명 서울특별시 중구 통일로2길 16 AIA TOWER / **고객센터** 1588-9898 / DMD / 제작일자 : 2026.01