삼성생명
The 안심 정기보험2.0(무배당)

보험약관 [2019년 4월 개정약관]

삼성생명 SAMSUNG

감사의 글

삼성생명의 보험상품에 가입해주신 고객님께
진심으로 깊은 감사의 말씀을 드립니다.

삼성생명은 “보험은 사랑”이라는 컨셉 아래 고객의 사랑이 평생 이어지도록
든든한 힘이 되고자 최선을 다하고 있습니다.

또한, 저희 삼성생명 3 만여 컨설턴트와 임직원 일동은
지금까지 변함없는 신뢰를 보내 주신 고객 여러분의 기대에 부응하고,
우리나라를 대표하는 생명보험회사에 걸맞은 역할과 사회적 책임을 다하기 위해
노력할 것을 약속드립니다.

오늘의 삼성생명이 있기까지 한결같이 성원해 주신 고객 여러분에게
다시 한번 깊이 감사드리며, 언제 어디서나 고객이 있는 곳에는
삼성생명이 함께 하는 고객 여러분의 '신뢰받는 삶의 동반자'가 될 수 있도록
더욱 노력할 것을 약속드립니다.

앞으로도 애정 어린 관심과 성원을 부탁드리며
고객님의 가정에 사랑과 행복이 가득하시기를 기원합니다.

'보험약관'에 대하여

1. 보험약관이란

보험약관은 가입하신 보험계약에 대해 계약자와 보험회사의 권리 · 의무를 규정한 중요한 내용입니다.
따라서 전체적인 구성을 먼저 이해하시고 중요한 사항을 반드시 설명 받으시기 바랍니다.

2. 본 약관집의 구성

보험약관 쉽게 이해하기 I

다소 생소한 보험약관을 보다 쉽게 이해할 수 있도록 보험용어 해설, 보험계약 관련 유의할 사항 등 보험약관의 일반적인 내용을 담았습니다. 이 내용은 표준약관 조항과 이해를 돕기 위한 사례 등을 들어 설명한 것으로 가입하신 상품의 세부 약관과 다소 다를 수 있으므로 보다 자세한 내용은 [보험약관]을 참조하시기 바랍니다.

보험약관 쉽게 이해하기II

주요내용 요약서, 가입자 유의사항 등 가입하신 보험약관의 내용을 요약한 내용입니다.
보다 자세한 내용은 [보험약관]을 참조하시기 바랍니다.

보험약관

보험약관은 주계약 약관과 특약 약관으로 구성되어 있습니다.
주계약 약관은 특약 약관에도 준용되고 있으므로, 꼼꼼히 내용을 읽어보시기 바랍니다.

3. 기타 문의사항

당사 홈페이지(www.samsunglife.com) 상품공시실에 상품요약서와 보험약관이 공시되어 있으니, 가입하신 보험상품 내용이 궁금하거나 약관을 분실하였을 경우 편리하게 이용하시기 바랍니다.
당사 홈페이지 고객상담 코너에서 계약변경, 보험금 청구시 구비서류 등을 조회할 수 있으며, 홈페이지 MY 삼성생명, 콜센터(1588-3114)를 이용하시면 편리하게 다음의 업무를 보실 수 있습니다.

MY 삼성생명 계약조회, 기본계약사항, 보장내용조회, 보험계약대출, 자동이체 조회/변경, 계약변경, 계약금액 감액, 변액보험 펀드변경, 보험료납입 등

콜센터 1588-3114 자동이체신청, 변경, 해지, 보험료 납입신청,청약철회 접수, 품질보증접수, 보험계약대출신청, 각종 상담문의 등

보험약관
쉽게 이해하기 I

01. 주요 보험용어 해설

02. 보험계약 관련 유의할 사항

03. 보험계약 관련 교부서류 안내

04. 보험금 청구 및 지급절차

05. 보험금 지급에 관한 사례

06. 주요 민원사항

07. 개인신용정보의 수집 · 이용, 조회 및 제공에 관한 고객권리안내문

01. 주요 보험용어 해설

보험약관
보험계약에 관하여
보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할
권리와 의무를 규정한 것

보험증권
보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여
보험회사가 보험계약자에게 드리는 증서

보험계약자
보험회사와 계약을 체결하고
보험료 납입의무를 지는 사람

피보험자
보험사고의 대상이 되는 사람

보험수익자
보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람

보험료
보험계약에 따른 보장을 받기 위하여
보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액

보장개시일
보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

보험기간
보험계약에 따라 보장을 받는 기간

보험가입금액
보험금, 보험료 및 책임준비금 등을
산정하는 기준이 되는 금액
*** 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨**

보험사고
보험회사가 보험금을 지급하여야 할 원인이
되는 사고

보험금
피보험자의 사망, 장해, 입원, 만기 등 보험금
지급사유가 발생하였을 때 보험회사가
보험수익자에게 지급하는 금액

책임준비금
장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여
보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을
보험회사가 적립해 둔 금액

해지환급금
계약이 해지된 경우 보험계약자에게 돌려주는
금액

02. 보험계약 관련 유의할 사항

· 계약을 체결할 때 유의해야할 사항을 관련 표준약관과 함께 기재하였으며,
계약 전 반드시 내용을 확인하시고 청약하시기 바랍니다.
· **이 내용은 표준약관을 기재한 내용으로 가입하신 상품의 약관과 다소 다를 수 있으므로**
보다 자세한 내용은 해당 상품의 "약관"에 기재하고 있으니 내용을 확인하시기 바랍니다.

1 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 기재하고 자필서명을 하여야 합니다 (계약 전 알릴 의무)

표준약관 제 14 조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제 13 조(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.

해 설

· 계약자 또는 피보험자는 청약서의 중요한 사항에 대하여 사실대로 기재하고 자필서명을 하여야 합니다.
· "중요한 사항"이라 함은 직업, 현재 및 과거 병력, 고위험 취미(예.암벽등반, 패러글라이딩 등), 타사 보험계약 가입 여부 등을 회사가 그 사실을 알았더라면 보험계약 체결 및 보험금 지급에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

*** 계약자가 보험설계사에게 구두로 알린 사항은 효력이 없으며, 전화 등 통신수단을 통해 가입하는 경우에는 서면을 통한 질문절차 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 신중하셔야 합니다.**

주 의

계약 전 알릴 의무를 지키지 않으면 보험금이 지급되지 않을 수 있고, 또한 계약이 해지될 수 있습니다. 이 경우 회사는 납입한 보험료가 아닌 해지환급금을 지급하게 되어 금전적 손실이 발생할 수도 있습니다.

사례 > 계약을 청약하면서 보험설계사 등에게 고혈압이 있다고만 이야기하고 청약서의 계약 전 알릴 사항에는 기재 하지 않아 회사가 고혈압이 있다는 사실을 알지 못하였다면, 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

2 계약의 취소가 가능한 경우가 있습니다.

check

표준약관 제 18 조(약관교부 및 설명의무 등)

② 회사가 제 1 항에 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 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명 또는 동법 제 2 조 제 3 호에 따른 공인전자서명을 포함합니다]을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

해 설

· 계약자는 다음의 경우 계약이 성립한 날부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

1. 계약을 청약할 때 약관과 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 전달받지 못한 경우
2. 약관의 중요한 계약사항을 설명받지 못한 경우
3. 청약서에 자필서명(전자서명 포함)을 하지 않은 경우

3 계약자는 청약을 철회할 수 있는 권리가 있습니다.

check

표준약관 제 17 조(청약의 철회)

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15 일 이내에 그 청약을 철회(撤回)할 수 있습니다. 다만, 진단계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

② 제 1 항에도 불구하고 청약한 날부터 30 일이 초과한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

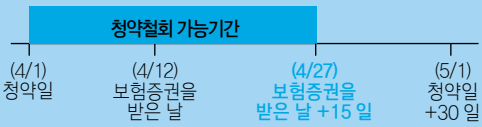
해 설

· 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15 일 이내에 그 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 3 일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

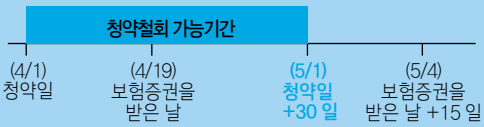
· 다만, 진단계약, 전문보험계약자가 체결한 계약 또는 청약을 한 날부터 30 일이 초과한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

예 시

CASE1



CASE2



일반적으로 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15 일 이내에 철회할 수 있습니다.

그러나 위 사례에서 (CASE2)의 경우, 보험증권을 받은 날부터 15 일(5/4 일)이 청약을 한 날부터 30 일(5/1 일)을 초과하므로 청약철회가능기간은 5/1 일까지로 합니다.

4 계약이 무효로 되는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

표준약관 제 19 조(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 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다
2. 만 15 세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제 2 호의 만 15 세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

해 설

· 계약이 무효가 되는 경우 보험금을 지급하지 않으며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 계약의 무효사유에 대하여 각 상품별 보험약관을 반드시 확인하시기 바랍니다.

5 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.

표준약관 제 29 조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며(다만, 연금보험의 경우 연금이 지급개시된 이후에는 해지할 수 없습니다), 이 경우 회사는 제 32 조(해지환급금) 제 1 항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

해 설

· 보험은 은행의 저축과는 달리 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 지급되는 보험금으로, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

6 제 2 회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 경우(유니버설상품의 경우 해지환급금에서 월대체보험료를 충당할 수 없게 된 경우) 계약이 해지될 수 있습니다.

check

표준약관 제 26 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14 일(보험기간이 1 년 미만인 경우에는 7 일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

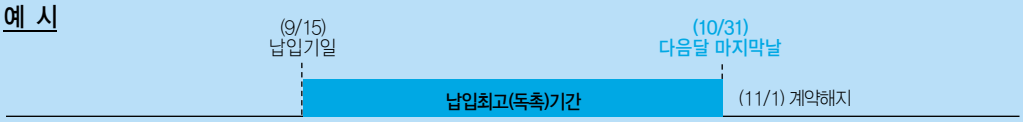
1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

해 설

· 계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 때(유니버설상품에서 월대체보험료를 충당할 수 없게 된 경우 포함)에는 납입최고(독촉)하고 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지됩니다.

· 당사의 납입최고(독촉)기간은 납입기일 다음 날부터 납입기일이 속하는 달의 다음 달 마지막 날까지로 하며, 이는 약관에 정한 범위 내에서 변경될 수 있습니다.

예 시



납입기일(9/15)까지 보험료를 납입하지 않은 경우 납입기일이 속하는 달의 다음 달 마지막 날이 지난 11/1 일에 계약이 해지됩니다.

갱신형특약의 보험료 납입 관련 유의할 사항

*** 갱신형보험은 약관에서 정한 주기로 갱신되고, 갱신시에는 보험나이 증가, 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률) 등의 변동에 따라 갱신시 보험료가 인상 될 수 있습니다.**

· 갱신형보험은 계약자가 보험기간 만료일 15 일전까지 갱신하지 않겠다는 별도의 의사표시를 하지 않으면 갱신됩니다.

· 갱신형특약을 가입한 경우, 주보험의 보험료 납입이 완료되었다 하더라도 갱신형특약의 보험기간이 만료되지 않은 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 해당 갱신형특약의 보험료를 계속 납입해야 합니다.

· 갱신일 전에 갱신계약의 보험료를 미리 납입하는 경우, 갱신 이후의 보험료로 납입해야 합니다.

7 납입연체로 해지된 계약에 대하여 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

check

표준약관 제 27 조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 제 26 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3 년 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 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만, 금리연동형보험은 각 보험상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.

해 설

· 보험료 납입연체로 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3 년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

· 다만, 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

8 주계약 또는 특약의 보장개시일을 확인하시기 바랍니다.

check

표준약관 제 23 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

해 설

· 회사가 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제 1 회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다.

보장개시일이 계약일과 다른 경우

일부 상품의 경우는 보장개시일이 계약일과 다릅니다. 반드시 해당 약관에서 “보장개시일” 관련 조항을 확인하시기 바랍니다.

(CASE1) 정기특약의 경우

(4/10) 계약일 = 보장개시일

(CASE2) 암진단특약의경우

(4/10) 계약일 (7/9)암보장개시일

암진단특약의 경우, 계약일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날부터 보장을 개시하며, 그 이전에 암이 발생하여도 회사는 보장하지 않습니다.

03. 보험계약 관련 교부서류 안내

· '계약 전'과 '계약 후' 계약자에게 교부하는 서류는 다음과 같습니다.
· 교부받은 서류에 체크표시(V)하시고, 수령하지 못한 경우에는 담당 컨설턴트에게 문의하여 주시기 바랍니다.
· 변액보험을 가입하신 경우 운용설명서 등이 추가로 교부됩니다.

1. 계약 전 교부서류

☑ 상품설명서

☑ 약관

☑ 계약자 보관용 청약서

2. 계약 후 교부서류

☑ 보험증권

계약번호
계약번호를 알아두시면 보험 관련 상담 및 보험금 청구가 보다 용이합니다.

04. 보험금 청구 및 지급절차

1. 보험금의 청구 방법

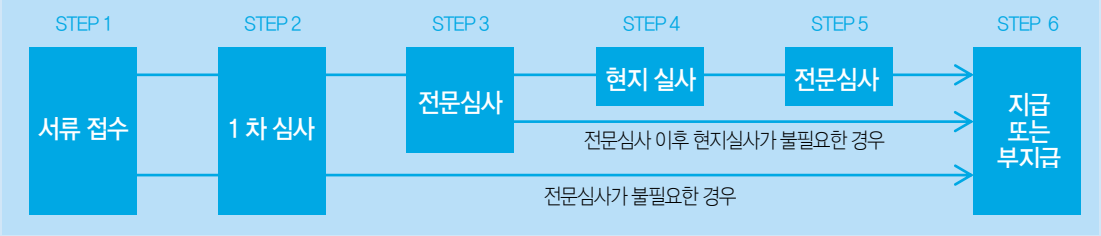
· 보험금청구 사유에 해당하는 구비서류를 준비하셔서 가까운 고객플라자 또는 지점을 방문하거나,
담당컨설턴트/우편/FAX/인터넷 등을 통하여 접수할 수 있습니다.
· 구비서류는 홈페이지(http://www.samsunglife.com) 또는 사고보험금 전용 콜센터(1577-4118)에서
관련 내용을 확인하실 수 있습니다.

	사망	장해	진단	실손	입원,통원 수술, 골절
고객플라자/지점방문	●	●	●	●	●
우편		●	●	●	●
FAX/인터넷/모바일				●	●

(※) 단, FAX/인터넷/모바일 접수의 경우 접수가능 금액 등의 제한사유가 있을 수 있으니 청구 유형별로
세부내역을 확인하시기 바랍니다.

2. 보험금의 지급 절차

· 회사는 보험금 청구서류를 접수한 때에는 아래와 같은 절차를 거쳐 보험금 지급여부를 심사합니다.



· 회사가 보험금 지급사유를 조사 · 확인하기 위하여 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로
예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게
즉시 통지하여 드립니다.

주 의

· 위 내용은 계약체결시점을 기준으로 작성되었으며, 보험금의 청구 방법 및 지급절차 등은
추후 변경될 수 있습니다.
· **따라서, 보험금 청구시점에 홈페이지(http://www.samsunglife.com) 또는
사고보험금 전용 콜센터(1577-4118)에서 관련 내용을 반드시 확인하시기 바랍니다.**

05 보험금 지급에 관한 사례

· 보험금을 지급하는 경우와 지급하지 않는 경우를 알기 쉽게 설명하기 위해 사례를 들어 설명하였습니다.

· **보험금 지급사유에 관해서는 반드시 해당 상품의 세부 약관 내용을 확인해주시기 바랍니다. 기재된 내용 이외의 사실 관계 등에 따라 보험금 지급 여부에 차이가 발생할 수 있습니다.**

사례 1 재해의 정의에 관한 사례

○ 야구공에 맞아 안면부 뼈가 골절되었다.	× 어깨운동 중 무리하여 어깨인대가 파열되었다.

해 설

· 약관에서 보상의 대상이 되는 재해는 우발적인 외래의 사고에 한합니다. 외래의 사고란 사고 자체가 외부요인에 의하여 발생된 것을 말합니다.

· 무리한 운동 중 다친 경우는 외부의 요인에 기인한 바가 없는 경우 재해에 해당하지 않습니다.

사례 2 장해의 판정에 대한 사례

○ 길을 걷던 중 교통사고로 발목이 골절되어 운동 장해가 발생하였고 회복이 불가능하다.	× 길을 걷던 중 교통사고로 발목이 골절되어 운동 장해가 발생하였으나 장래 회복할 가망이 있다.

해 설

· "장해"는 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말합니다. 다만, 질병과 부상의 주 증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않습니다.

· 또한, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시 장해의 장해지급률로 정합니다.

사례 3 보장개시일 이전에 발생한 보험금에 관한 사례

○ 암진단특약의 계약일부터 100일만에 암으로 진단확정되었다.	× 암진단특약의 계약일부터 50일만에 암으로 진단확정되었다.

해 설

· 암진단특약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날부터 보장을 개시합니다. 따라서 그 이전에 발병한 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

· 암진단특약과 같이 계약일과 보장개시일이 다른 경우가 있으니, 각 상품별 약관에서 보장개시일을 반드시 확인하시기 바랍니다.

사례 4 계약 전 알릴 의무 위반과 보험사고 발생 간에 인과관계가 있는 사례

○ 피보험자가 고혈압 관련 병력을 회사에 알리지 않고 그 후 2 년 이내에 교통사고로 사망하였다.	× 피보험자가 고혈압 관련 병력을 회사에 알리지 않고 그 후 2 년 이내에 고혈압으로 인한 뇌출혈로 진단받았다.

해 설

· 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우, 회사는 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

사례 5 보장개시일 이전에 발병한 질병으로 치료받는 경우

○ 보장개시일 이후에 발생한 디스크로 보험기간 중 치료하였다.	× 보장개시일 이전에 발생한 디스크로 보험기간 중 치료하였다.

해 설

· 해당 계약의 보장개시일 이후에 발병한 질병이 약관상 보험금 지급사유에 해당하면 보험금을 지급합니다.

· 보장개시일 이전에 발병한 질병을 원인으로 보장개시일 이후에 치료 받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

사례 6 암직접치료보험금에 관한 사례 I

○ 위암으로 인해 위를 절제하는 수술을 받았다.	× 위암 진단을 위해 생검을 시행받았다.

해 설

· 수술은 약관에 정한 바에 따라 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

· 다만, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등]은 수술에서 제외됩니다.

사례 7 암직접치료보험금에 관한 사례II

○ 유방암으로 진단받고 치료를 위해 유방절제술을 받았다.	× 암수술 후 후유증 치료를 위해 입원하였다.

해 설

· '암의 직접치료'는 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하기 위한 수술을 포함하지만, 암이나 암치료 후 그로 인하여 발생한 후유증을 완화하거나 합병증을 치료하기 위한 경우까지 '암의 직접치료'에 포함되지 않습니다.

06. 주요 민원사항

유형 1 | 보험종류(순수보장형/만기환급형) 미인지 관련

- A 고객은 보험가입 당시 보험설계사 B 로부터 만기에 납입한 보험료를 전액 환급받을 수 있다는 설명을 듣고 보험에 가입함
- 그러나 해지환급금을 확인하기 위해 콜센터와 상담하는 도중, 고객이 가입한 보험은 만기환급형이 아닌 순수보장형이므로 만기에 돌려받을 수 있는 금액이 없다는 사실을 확인하고 민원 제기

[유의사항]

이 보험은 만기시 납입한 보험료의 환급 여부에 따라 순수보장형과 만기환급형으로 구분됩니다. 만기환급형은 만기에 돌려받는 금액이 있는 반면, 순수보장형은 만기환급형 대비 보험료가 저렴하나 납입된 대부분의 보험료가 보장을 위한 금액으로 사용되고 적립이 되지 않아 만기시 환급되는 금액이 없습니다. 또한, 주보험 외에 만기에 돌려받는 금액이 없는 특약의 경우에도 만기시 환급되는 금액이 없습니다.

따라서, 보험 가입시 이러한 상품별 특징을 숙지하시고 상품설명서/보험설계사를 통해 보험종류, 보장내용 등을 상세히 살펴보신 후 가입하여 주시기 바랍니다.

유형 2 | 갱신특약 보험료를 계속 납입해야 한다는 설명을 받지 못함

- C 고객은 가입 당시 보험설계사 D 에게 특약보험료가 갱신된다는 사실에 대해 정확히 안내 받지 못했고 특히, 최종 갱신계약 보험기간까지 납입해야 하는 것을 알았다면 가입을 좀 더 신중하게 검토했을 것이라며 민원 제기

[유의사항]

갱신형 특약의 보험료는 갱신시마다 보험나이 증가, 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률) 등의 변동에 따라 갱신시 보험료가 변동(특히, 인상)될 수 있습니다. 이러한 내용은 보험 가입시 필수 안내사항으로, 상품설명서 등 보험안내장을 통해 예상되는 갱신보험료 인상액을 예시해 드리고 있습니다.(예상 금액이므로 실제 갱신보험료와는 일부 상이할 수 있습니다)

따라서, 보험 가입전 보험설계사에게 문의하여 관련 내용에 대해 꼭 안내받으시기 바랍니다.

[개인신용정보의 수집 · 이용, 조회 및 제공에 관한 고객권리안내문]

이 권리안내문은 금융거래시 개인신용정보의 수집 · 이용, 조회 및 제공에 대하여 동의를 하신 고객님에게 이와 관련된 고객님의 권리를 알려 드리기 위한 것입니다. 저희 삼성생명은 고객님의 개인신용정보를 고객님께서 동의하신 목적 범위 내에서 최소한의 정보만을 수집 · 이용할 것이며, 동의하신 범위 이상으로 불법 · 부당하게 제공되지 않도록 엄격하게 관리하겠습니다.

고객님은 삼성생명이 처리하는 고객님의 개인신용정보와 관련하여 다음의 권리를 가집니다.

개인신용정보 수집 · 이용, 조회 및 제공 동의 철회(처리정지권)

· 계약 체결 3 개월 이후부터 개인신용정보 수집 · 이용, 조회 및 제공 동의를 철회하실 수 있습니다. 다만, 계약의 유지 · 관리 · 상담, 기타 업무위탁에 따른 동의를 철회하는 경우에는 해당 용역의 제공을 받지 않을 것을 명확히 하여야 합니다.

· 개인신용정보 수집 · 이용, 조회 및 제공 동의를 철회하시고자 하는 경우에는 철회의 대상 및 내용 등을 특정하여 회사 대표전화(1588-3114)로 전화하시거나, 인터넷 홈페이지(www.samsunglife.com) 또는 서면으로 철회의 의사표시를 하여 주시기 바라며, 이 경우 회사는 1 개월 이내에 조치를 완료합니다.

상거래 거절 근거 신용정보의 고지 요구

· 금융회사가 신용정보집중기관, 신용조회회사 등으로부터 제공받은 개인신용정보에 근거하여 상거래관계 설정을 거절하거나 중지한 경우에는 그 거절 · 중지의 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭 · 주소 · 연락처 등을 고지해 줄 것을 금융회사에 요구할 수 있습니다.

금융상품 소개 등을 위한 제공 · 이용 동의 철회, 연락 중지 요청

· 고객님의 개인신용정보를 새로운 금융상품의 소개 등 영업목적 또는 서비스 제공목적으로 제공 · 이용에 대한 동의를 철회하거나 이러한 목적으로 고객님께 연락하는 것을 중지하도록 청구할 수 있습니다.

· 영업목적 이용 동의 철회 또는 연락 중지 청구는 무료 ARS 전화(080-331-3114) 또는 저희 회사 인터넷 홈페이지(www.samsunglife.com) MY 삼성생명에서 직접 처리하실 수 있으며(MY 삼성생명 이용을 위해서는 별도의 신청절차가 필요합니다), 이 경우 회사는 1 개월 이내에 조치를 완료합니다.

제공 사실 통보 요구

· 고객님의 정보를 타인에게 제공한 사실이 있는 경우 고객플라자 방문, 회사 대표전화(1588-3114), 인터넷 홈페이지 이용의 방법으로 본인임을 확인받아 최근 1 년간의 정보 제공에 대하여 제공받는 자, 그 이용목적, 제공한 날짜, 제공한 본인정보의 주요내용 등을 알리도록 요구하거나 인터넷 홈페이지를 통하여 조회할 수 있도록 하여 줄 것을 요구할 수 있습니다.

· 당해 통보 요구가 있는 경우 회사는 7 일 이내에 통보 또는 인터넷으로 조회할 수 있도록 조치합니다.

열람 및 정정 · 삭제 청구

· 고객플라자, 회사 대표전화(1588-3114), 인터넷 홈페이지 이용의 방법으로 본인임을 확인받아 저희 회사가 보유하고 있는 고객님의 정보 열람을 청구할 수 있으며, 이 경우 회사는 서면, 전자문서, 인터넷 홈페이지를 통하여 제공 또는 열람할 수 있도록 조치하여 드립니다.

· 제공 또는 열람한 고객님의 정보가 사실과 다른 경우에는 정정 · 삭제를 요구하실 수 있으며, 이 경우 회사는 정정 · 삭제청구가 정당한 사유가 있다고 인정되면 지체없이 해당 정보의 제공 · 이용을 중단한 후 사실인지를 조사하여 적의 조치한 후 그 처리결과를 7 일 이내에 알려드립니다. 회사의 처리결과에 이의가 있으면 금융위원회에 그 시정을 요청할 수 있습니다.

본인정보의 무료 열람 요구

· 고객은 본인정보를 신용조회회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

개인정보 유출시 피해 보상

· 삼성생명의 고의 또는 과실 등 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님에게 발생한 손해에 대해 관계법령 등에 따라 보상받으실 수 있습니다.

※ 개인신용정보의 수집 · 이용, 조회, 제공 및 위 권리행사와 관련하여 불편하신 사항이 있는 경우에는 아래로 연락하시기 바랍니다.

· 당사 개인신용 정보관리 · 보호부서 : 02-2259-7007 (서울특별시 서초구 서초대로 74 길 11 (삼성전자빌딩))

· 금융감독원 : 국번없이 1332 (서울특별시 영등포구 여의대로 38)

※ 고객권리안내문의 내용을 변경하는 경우 인터넷 홈페이지에 게시 등으로 그 내용을 알려 드립니다.

보험약관
쉽게 이해하기 II

01. 주요내용 요약서

02. 가입자 유의사항

03. 한눈에 보는 가입부터 지급까지

01. 주요내용 요약서

1. 자필서명

보험계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수도 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 공인전자서명 등으로 대체할 수 있습니다.

2. 계약 전 알릴 의무

보험계약자 또는 피보험자는 청약서의 질문사항에 대하여 사실대로 기재하고 자필서명을 하여야 합니다. 특히, 보험설계사에게 구두로 알린 사항은 효력이 없으며, 전화 등 통신수단을 통해 가입하는 경우에는 서면을 통한 질문절차 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 신중하셔야 합니다.
만약 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하여 해지환급금을 지급하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

3. 계약의 무효

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며
이 경우 회사는 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명 또는 동법 제 2 조 제 3 호에 따른 공인전자서명을 포함합니다)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않음. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용함.
- 만 15 세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우.
  다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효함.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우.
  다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나,
  만 15 세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아님.

4. 청약철회

보험계약자는 보험증권을 받은 날부터 15 일 이내에 그 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 3 일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 전문보험계약자(단체보험계약자, 주권상장법인 제외)가 체결한 계약 또는 청약을 한 날부터 30 일(단, 전화를 통해 가입하는 계약 중 계약자의 나이가 만 65 세 이상인 계약은 45 일)이 초과한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

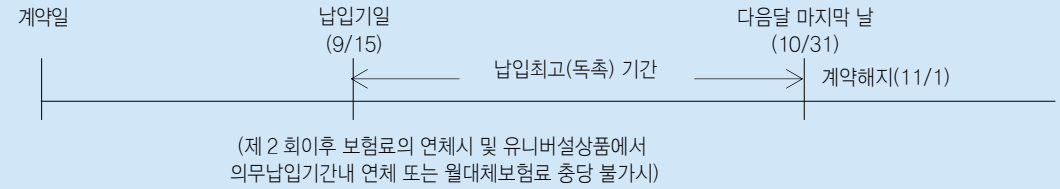
5. 계약취소

계약을 청약할 때 약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약을 체결할 때 청약서에 자필서명[날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명 또는 동법 제 2 조 제 3 호에 따른 공인전자서명을 포함합니다]을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항 ※ 일시납상품은 제외

보험계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 때(유니버설상품에서 월대체보험료를 충당 할 수 없게 된 경우 포함)에는 14 일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지됨을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 당사의 납입최고(독촉)기간은 납입기일 다음 날부터 납입기일이 속하는 달의 다음 달 마지막 날까지로 하며, 이는 약관에 정한 범위 내에서 변경될 수 있습니다.

예 시



7. 해지계약의 부활(효력회복) ※ 일시납상품은 제외

보험료 납입연체로 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우 보험계약자는 해지된 날부터 3 년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 보험계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

8. 삼성생명 상담 채널 안내

삼성생명은 항상 고객님 가까이에서 친절하고 빠른 상담을 하고 있으며, 보험상품에 관한 궁금하신 사항이 있으신 경우 연락주시기 바랍니다.

삼성생명 콜센터 1588-3114

삼성생명 콜센터로 전화주시면 한번에 모든 업무를 해결할 수 있는 One-Call-Service 를 이용하실 수 있으며, ARS 를 이용한 조회업무는 24 시간 이용이 가능합니다.

MY 삼성생명 www.samsunglife.com

MY 삼성생명에 접속하시면 고객님의 계약사항, 보장내역 조회, 보험계약대출 및 상환업무 등 모든 보험업무를 인터넷을 통해 편리하게 해결하실 수 있습니다. MY 삼성생명을 이용하시기 위해서는 가까운 삼성생명 고객플라자에 신분증, 본인명의 은행통장을 지참하시고 방문하여 MY 삼성생명 등록신청(최초 1 회)을 하셔야 합니다.

E-mail 서비스

고객님의 E-mail 을 등록하시면 자동이체 입금결과, 보험계약대출내역 등을 알려드릴 뿐만 아니라 생활에 필요한 건강정보 등을 받아보실 수 있습니다. E-mail 서비스는 삼성생명 콜센터, 담당 보험설계사, 고객플라자, MY 삼성생명 등을 통해서 신청하실 수 있습니다.

※ 고객님께서 가입하신 보험계약에 대해 분쟁조정이 필요하거나 보험금 지급처리내용 등에 대해 불만이 있으신 경우에는 금융감독원 민원상담전화 등을 통해 상담을 받거나 분쟁조정 등을 신청할 수 있습니다.

☎ 금융감독원 민원상담전화 : 국번없이 1332

02. 가입자 유의사항

보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

감액 관련

· 이 보험계약은 보험료를 장기간 납입해야 하기 때문에 보험계약자의 소득을 감안하여 보험료 수준을 결정하여야 합니다. 또한, 납입기간 중 보험가입금액을 감액하는 경우 감액부분만큼 해지로 처리되어 해지공제금액 상당의 손실이 발생될 수 있습니다.

갱신형 특약 관련

· 갱신형특약의 보험료는 갱신시마다 보험나이 증가, 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률) 등의 변동에 따라 갱신시 보험료가 변동(특히, 인상)될 수 있습니다.

· 갱신형특약은 보험계약자가 특약의 보험기간 만료일 15 일전까지 갱신하지 않겠다는 의사표시를 하지 않으면 갱신되며, 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 해당 특약 약관을 참조하시기 바랍니다.

교차모집 관련 유의사항

· 교차모집의 시행으로 손해보험회사의 보험설계사가 1 개의 생명보험회사를 위하여 모집하거나, 생명보험회사의 보험설계사가 1 개의 손해보험회사를 위하여 모집할 수 있게 되었습니다. 그러므로, 보험계약자는 가입하고자 하는 보험상품이 해당회사의 상품이 맞는지 또는 상품설명서에 기재된 보험설계사의 성명이 실제 모집한 보험설계사와 일치하는지를 반드시 확인하시기 바랍니다.

예금자보호제도

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

2. 해지환급금에 관한 사항

· 이 보험계약을 중도 해지할 경우 해지환급금은 납입한 보험료에서 경과된 기간의 위험보험료, 계약체결비용 및 계약관리비용 등이 차감되므로 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.

보험금 지급관련 특히 유의할 사항

주계약 관련 유의할 사항

· 이 보험은 순수보장형과 만기환급형 중 하나를 선택하여 가입하는 상품입니다.

· 순수보장형의 경우 사망보험금으로 “주계약 보험가입금액”이 지급됩니다.

· 만기환급형의 경우 사망보험금으로 "주계약 보험가입금액"이 지급되며, 사망보험금이 지급되지 않고 보험기간 만료시점 생존시에는 만기보험금으로 이미 납입한 주계약 보험료의 100%를 지급합니다.

소멸 사유

· 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

· 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 소멸할 경우 선택특약도 소멸됩니다. 다만, 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함합니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(해지환급금을 받지 않은 경우에는 해지환급금이 없는 경우 또는 보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우를 포함)에는 해당 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

※ 특약의 경우 소멸사유가 주계약과 다를 수 있으므로, 이와 관련된 사항은 각 특약의 약관을 참조하시기 바랍니다.

납입면제 사유

· 주계약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

· 이 경우 선택특약의 피보험자가 주계약의 피보험자와 동일한 경우에 한하여 해당 선택특약의 차회 이후의 보험료 납입 또한 면제하여 드립니다.

장해 관련

· 이 계약(특약 포함)에서 장해는 보험기간 중 발생한 원인에 의한 장해에 한하며, 보장개시 전의 원인에 의하거나 그 전에 발생한 장해는 제외합니다.

재해 관련

· 이 계약(특약 포함)에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다

03. 한눈에 보는 가입부터 지급까지

STEP 01 보험상품 선택 및 상품설명

고객님의 가입목적에 맞는 보험상품을 선택하신 후, 보험안내자료를 교부받고 주요사항에 대해서 충분한 설명을 들으시기 바랍니다. ⇒ **제 18 조 약관교부 및 설명의무 등**

STEP 02 청약서 작성

보험가입을 위해서는 청약서를 작성하셔야 합니다. 청약서 작성시에는 계약 전 알릴 의무, 피보험자 서면동의, 자필서명을 반드시 지켜주셔야 합니다. ⇒ **제 13 조 계약 전 알릴 의무, 제 19 조 계약의 무효**

- **계약 전 알릴 의무** 청약서상 피보험자 건강상태, 직업, 운전여부 등을 물어보는 질문란에 대하여 사실대로 기재해주셔야 합니다. 계약 전 알릴 의무를 지키지 않으면 보험금이 지급되지 않을 수 있고, 또한 계약이 해지될 수 있습니다. 이 경우 회사는 납입한 보험료가 아닌 해지환급금을 지급하게 되어 고객님에게 금전적 손실이 발생할 수도 있습니다.
- **피보험자 서면동의** 계약자 본인이 아닌 다른 분을 피보험자로 하여 보험계약을 체결할 경우에는 반드시 피보험자로부터 청약서상 서면동의를 받아야 합니다. 피보험자 서면동의가 이루어지지 않은 경우 계약이 무효가 될 수 있으며 이 경우에는 보험사고가 발생하여도 보장을 받을 수 없습니다.

STEP 03 보험계약체결(회사 승낙)

회사가 고객님이 청약하신 사항을 심사하여 보험계약 체결을 승낙하는 절차입니다. 회사는 청약을 받고 제 1 회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약은 진단일(재진단의 경우 최종진단일)부터 30 일 이내에 승낙여부를 결정하게 되며, 30 일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙한 것으로 인정됩니다. ⇒ **제 16 조 보험계약의 성립**

STEP 04 보험사고 발생 및 보험금 청구

보험계약 유지 중 가입하신 보험상품 약관상의 보험사고가 발생하셨다면 보험금 청구에 필요한 서류를 구비하시고 보험금을 청구하세요. 구비서류 및 청구절차는 콜센터(1588-3114) 또는 담당 설계사분께 문의하시면 자세히 안내받으실 수 있습니다. ⇒ **제 3 조 보험금의 지급사유, 제 7 조 보험금의 청구**

STEP 05 보험금 지급심사 및 보험금 지급

회사가 고객님이 청구하신 보험금의 지급여부를 심사하는 절차입니다. 회사는 원칙적으로 청구하신 날부터 3 영업일 이내(단, 조사나 확인이 필요한 경우에는 10 영업일 이내)에 지급해드리고 부득이 지급이 어려운 경우에는 그 구체적인 사유에 대하여 알려드립니다. ⇒ **제 8 조 보험금의 지급절차**

※ 조항 번호는 주계약 약관 기준

보험약관

00. 상품 목차

01. 주계약 약관

01-1. 상황별 목차

01-2. 조항별 목차

02. 특약 약관

03. 제도성특약 약관

04. [부록] 약관에서 인용된 법령내용

00. 상품 목차

주계약

삼성생명 The 안심 정기보험 2.0 (무배당) 1

특약

※ 특약은 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

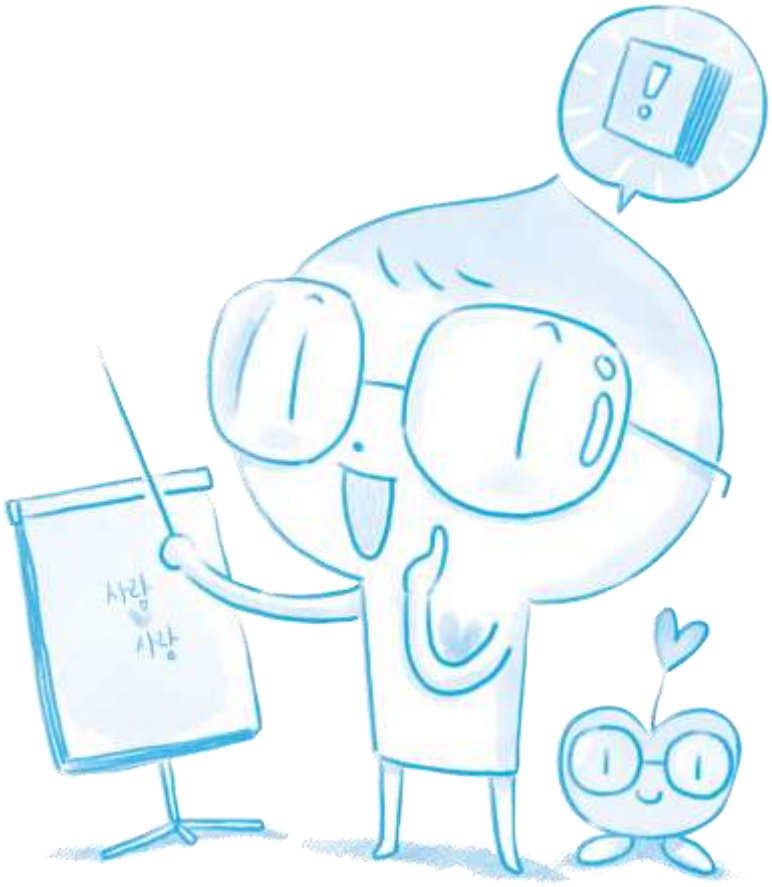
고도장해보장특약(무배당) 38
급성심근경색증진단특약 N(갱신형,무배당) 47
급성심근경색증진단특약 N15(갱신형,무배당) 60
뇌출혈진단특약 N(갱신형,무배당) 72
뇌출혈진단특약 N15(갱신형,무배당) 85
뉴입원특약 N(갱신형,무배당) 97
신수술보장특약 N(갱신형,무배당) 111
암수술보장특약 N15(갱신형,무배당) 146
재해사망특약 N(무배당) 164
재해장해특약 N(무배당) 175
재해추상골절치료비특약Ⅲ N15(갱신형,무배당) 185
질병 · 재해수술보장특약Ⅱ N15(갱신형,무배당) 199
플러스 3 대암진단특약 1.0N(갱신형,무배당) 212
플러스 3 대암진단특약 N15(갱신형,무배당) 232
항암방사선 · 약물치료특약Ⅲ N15(갱신형,무배당) 252

제도성 특약 및 부록

건강우대특약(무배당) 268
사후정리특약 271
선지급서비스특약 274
장애인전용보험전환특약 278
지정대리청구서비스특약 281
특별조건부특약 283
특정신체부위·질병보장제한부인수특약 286
[부록]약관에서 인용된 법령 내용 291

삼성생명
The 안심 정기보험 2.0 (무배당)

약관



01-1. 상황별 목차

다음과 같은 상황이 발생하였을 경우, 필요한 정보를 해당 약관 조항에서 확인하실 수 있습니다.
[조항번호는 주계약 약관 기준]

계약의 체결에 관하여	계약에서 쓰이는 용어를 알고 싶어요	· 제 2 조(용어의 정의)
	청약을 철회하고 싶어요	· 제 17 조(청약의 철회)
	계약 전 알릴 의무가 무엇인가요	· 제 13 조(계약 전 알릴 의무) · 제 14 조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)
	보장이 언제 시작되나요	· 제 23 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)
보험료의 납입에 관하여	보험료 납입면제사유를 알고 싶어요	· 제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)
	납입최고(독촉)이 무엇인가요	· 제 26 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
	보험을 부활시키고 싶어요	· 제 27 조(보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복))
보험금에 관하여	보험의 보장내용을 알고 싶어요	· 제 3 조(보험금의 지급사유)
	보험금은 청구하면 언제 지급되나요	· 제 8 조(보험금의 지급절차)
	보험금은 누구에게 지급되나요	· 제 11 조(보험수익자의 지정)
계약의 변경에 관하여	보험수익자를 변경하고 싶어요, 보험가입금액을 감액하고 싶어요	· 제 20 조(계약내용의 변경 등)
	주소 또는 연락처가 바뀌었어요	· 제 10 조(주소변경통지)
	계약을 해지하고 싶어요	· 제 29 조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권)
	보험나이는 어떻게 계산하나요	· 제 21 조(보험나이)

01-2. 조항별 목차

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적] 4

제2조 [용어의 정의] 4

제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유] 5

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정] 5

제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유] 6

제6조 [보험금 지급사유의 발생통지] 6

제7조 [보험금의 청구] 6

제8조 [보험금의 지급절차] 7

제9조 [보험금 받는 방법의 변경] 7

제10조 [주소변경통지] 7

제11조 [보험수익자의 지정] 8

제12조 [대표자의 지정] 8

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조 [계약 전 알릴 의무] 8

제14조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과] 8

제15조 [사기에 의한 계약] 9

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조 [보험계약의 성립] 9

제17조 [청약의 철회] 10

제18조 [약관교부 및 설명의무 등] 10

제19조 [계약의 무효] 11

제20조 [계약내용의 변경 등] 11

제20조의2 [종신보험으로의 전환] 12

제21조 [보험나이] 12

제22조 [계약의 소멸] 13

제5관 보험료의 납입

제23조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시] 13

제24조 [제2회 이후 보험료의 납입] 13

제25조 [보험료의 자동대출납입] 14

제26조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지] 14

제27조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복)] 14

제28조 [강제집행 등으로 인해 해지된 계약의 특별부활(효력회복)] 15

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제29조 [계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권] 15

제30조 [중대사유로 인한 해지] 16

제31조 [회사의 파산선고와 해지] 16

제32조 [해지환급금] 16

제33조 [보험계약대출] 16

제34조 [배당금의 지급] 16

제7관 분쟁의 조정 등

제35조 [분쟁의 조정] 17

제36조 [관할법원] 17

제37조 [소멸시효] 17

제38조 [약관의 해석] 17

제39조 [회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력] 17

제40조 [회사의 손해배상책임] 17

제41조 [개인정보보호] 17

제42조 [준거법] 18

제43조 [예금보험에 의한 지급보장] 18

별표1 보험금 지급기준표 19

별표2 재해분류표 20

별표3 장해분류표 21

별표4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 37

삼성생명
The 안심 정기보험 2.0(무배당) 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 [목적]

이 보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제 3 조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 [용어의 정의]

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

1. 계약관계 관련 용어
   - 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   - 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   - 다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   - 라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
   - 마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   - 가. 재해: (별표 2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   - 나. 장해: (별표 3) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   - 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   - 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1 년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1 년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

설명	**<연단위 복리 예시>** 원금 100 원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2 년 시점의 총 이자 금액 · 1 년차 이자 = 100 원 (원금) × 10% = 10 원 · 2 년차 이자 = (100 원 (원금) + 10 원 (1 년차 이자)) × 10% = 11 원 → 2 년 시점의 총 이자금액 = 10 원 + 11 원 = 21 원

   - 나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.
   - 다. 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   - 가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   - 나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, "관공서의 공휴일에 관한 규정"에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
   - 다. 연계약해당일: 계약일부터 1 년마다 돌아오는 매년의 계약해당일을 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일

이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 [보험금의 지급사유]

회사는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 "보험금지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 경우: 만기보험금 [만기환급형에 한함]
2. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우 : 사망보험금

제 4 조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 만기환급형의 경우 제 1 항에 따라 보험료 납입이 면제된 이후 보험기간이 만료되었을 경우에는 보험료 납입기간 동안 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 1 호에서 정한 만기보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

③ 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 2 호 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

용어 해설	**<실종선고>** 어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 일정절차에 따라 법원이 사망한 것으로 인정하는 제도

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

④ 제 1 항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180 일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제 1 항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하"한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑥ 제 4 항 및 제 5 항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10 년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2 년 이내로 하고, 보험기간이 10 년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1 년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 이 계약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑧ 제 1 항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 3 참조)상 2 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제 1 항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제 9 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 3 참조)상의 2 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정

한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 장해분류표(별표 3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표 3 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
⑫ 이 계약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
⑬ 보험기간 중 「호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률(이하, '연명의료결정법'이라 합니다)」에 따른 연명의료를 받던 피보험자가 「연명의료결정법」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 보험기간 중 사망하는 경우 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에서 정한 사망보험금을 지급합니다.
⑭ 보험수익자와 회사가 제 3 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑮ 계약자와 회사가 제 1 항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 5 조 [보험금을 지급하지 않는 사유]
회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우.
   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.
   가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제 3 조(보험금 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
   특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에서 정한 사망보험금을 지급합니다.
   나. 계약의 보장개시일[부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일]부터 2 년이 지난 후에 자살한 경우에는 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 2 호의 사망보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 6 조 [보험금 지급사유의 발생통지]
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제 3 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 7 조 [보험금의 청구]
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조 [보험금의 지급절차]

① 회사는 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 1 호에 해당하는 만기보험금의 지급시기가 되면 지급시기 7 일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려 드리며, 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표 4(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사 · 확인하기 위하여 제 1 항의 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 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제 5 항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제 14 항 및 제 15 항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제 3 자의 의견에 따르기로 한 경우

용어 해설	**〈보험금 가지급제도〉** 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제 3 항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제 14 조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제 1 항 및 제 3 항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제 5 항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제 9 조 [보험금 받는 방법의 변경]

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에 따른 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제 1 항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제 10 조 [주소변경통지]

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

② 제 1 항에서 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.

제 11 조 [보험수익자의 지정]

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제 3 조(보험금의 지급사유)의 제 1 호의 경우는 계약자로 하고, 같은 조 제 2 호는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

용어 해설	**〈법정상속인〉** 피상속인의 사망으로 인하여 민법의 규정에 의한 상속순서에 따라 상속받는 자

제 12 조 [대표자의 지정]

① 계약자 또는 보험수익자가 2 명 이상인 경우에는 각 대표자를 1 명 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 1 명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2 명 이상인 경우에는 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 계약자들이 연대(連帶)하여 부담합니다.

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

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 13 조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다)합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원 과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제 14 조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제 13 조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1 개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2 년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1 년)이 지났을 때
3. 계약을 체결한 날부터 3 년이 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 보장

을 제한할 수 있습니다)

5. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 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.

설명	계약을 청약하면서 보험설계사 등에게 고혈압이 있다고만 이야기하고 청약서의 계약 전 알릴 사항에는 기재 하지 않아 회사가 고혈압이 있다는 사실을 알지 못하였다면, 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

② 회사는 제 1 항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제 1 항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제 32 조(해지환급금) 제 1 항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제 13 조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제 1 항에도 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.

제 15 조 [사기에 의한 계약]

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

② 제 1 항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제 16 조 [보험계약의 성립]

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

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

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제 1 회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30 일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30 일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제 1 회 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 제 1 회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제 2 항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5 년이 지나는 동안 보장이 제외되

는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5 년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료 납입을 면제합니다.
⑥ 제 5 항의 '청약일부터 5 년이 지나는 동안'이라 함은 제 26 조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑦ 제 27 조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제 5 항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 17 조 [청약의 철회]

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15 일 이내에 그 청약을 철회(撤回)할 수 있습니다. 다만, 전문보험계약자(단체보험계약자, 주권상장법인 제외)가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

용어 해설	**〈전문보험계약자〉** 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 보험업법 제 2 조(정의), 보험업법시행령 제 6 조의 2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 보험업감독규정 제 1-4 조의 2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자 등의 전문보험계약자를 말합니다.

② 제 1 항에도 불구하고 청약한 날부터 30 일(단, 전화를 통해 가입하는 계약 중 계약자의 나이가 만 65 세 이상인 계약은 45 일)이 초과한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제 1 항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.
④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3 일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제 1 회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
⑥ 제 1 항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제 18 조 [약관교부 및 설명의무 등]

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

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

용어 해설	**〈통신판매계약〉** 전화 · 우편 · 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

② 회사가 제 1 항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요

한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명[날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명 또는 동법 제 2 조 제 3 호에 따른 공인전자서명을 포함합니다]을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
③ 제 2 항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제 1 항의 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

④ 제 2 항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 19 조 [계약의 무효]

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명 또는 동법 제 2 조 제 3 호에 따른 공인전자서명을 포함합니다)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만 15 세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

용어 해설	**<심신상실자(心神喪失者)>** 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 자를 말합니다. **<심신박약자(心神薄弱者)>** 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 부족한 자를 말합니다.

3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제 2 호의 만 15 세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제 20 조 [계약내용의 변경 등]

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

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료의 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 보험가입금액

5. 계약자
6. 기타 계약의 내용

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

설명	계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 회사는 계약자가 제 1 회 보험료를 납입한 때부터 1 년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 제 1 항 제 4 호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제 32 조(해지환급금) 제 1 항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 만기보험금 또는 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

⑤ 계약자가 제 2 항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제 1 항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제 20 조의 2 [종신보험으로의 전환]

① 계약자는 보험기간이 만료되기 전 계약자의 선택에 따라 피보험자가 보험가입적격자인지 여부에 관계없이 이 계약을 종신보험으로 변경(이하 “전환”이라 합니다)할 수 있습니다. 이 경우 전환 후 계약의 보험가입금액은 전환 전 계약의 전환 당시 사망보험금을 한도로 하며, 전환후 계약의 계약자 및 피보험자는 각각 이 계약의 계약자 및 피보험자와 동일해야 합니다.

② 제 1 항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 계약을 전환할 수 없습니다.

1. 피보험자의 나이가 전환일 현재 55 세를 초과하는 경우
2. 계약의 보험기간이 5 년 미만인 경우
3. 계약의 보험기간이 15 년 이하인 경우는 보험기간 만료 전 5 년 이내, 계약의 보험기간이 15 년 초과인 경우는 보험기간 만료 전 7 년 이내인 경우

③ 이 계약의 보험료 납입이 면제되었더라도 이 계약을 전환할 경우에는 회사는 전환 후 계약의 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

④ 전환 후 계약의 보험료는 전환일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산합니다.

⑤ 전환 후 계약은 전환일 당시 약관 및 보험요율이 적용됩니다.

⑥ 제 1 항에 따라 전환하는 경우 회사는 전환 전 계약의 전환 당시 해지환급금을 계약자에게 지급하고 전환시점부터 계약자는 전환 후 계약의 보험료를 납입합니다.

제 21 조 [보험나이]

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제 19 조(계약의 무효) 제 2 호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제 1 항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6 개월 미만의 끝수는 버리고 6 개월 이상의 끝수는 1 년으로 하여 계산하며, 이후 매년 연계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

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

④ 제 3 항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전후의 책임준비금 또는 해지환급금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

설명	**<보험나이 계산 예시>** 피보험자의 출생일부터 계약일까지의 기간을 따진 나이로 보험료 산정의 기준이 됩니다. 피보험자의 생년월일이 1988 년 10 월 2 일이고, 계약일 현재 일자가 2014 년 4 월 13 일인 경우의 보험나이는 다음의 계산방법에 따라 26 세가 됩니다. · 2014 년 4 월 13 일 – 1988 년 10 월 2 일 = 25 년 6 개월 11 일 = 26 세

제 22 조 [계약의 소멸]

보험기간 중 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 23 조 [제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시]

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

② 회사가 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

용어 해설	**<보장개시일>** 회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제 1 회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받은 경우에는 제 1 회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

③ 회사는 제 2 항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제 13 조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제 14 조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 재해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다. 이 때, 초과 청약액에 해당하는 보험료는 돌려 드립니다.

제 24 조 [제 2 회 이후 보험료의 납입]

계약자는 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

용어	〈납입기일〉
해설	계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제 25 조 [보험료의 자동대출납입]

① 계약자는 제 26 조[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 제 33 조(보험계약대출) 제 1 항에 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 알려 드립니다.

② 제 1 항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 더한 금액이 해지환급금(제 1 항에 따라 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

③ 제 1 항 및 제 2 항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1 년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제 1 항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날부터 1 개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제 32 조(해지환급금) 제 1 항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

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

제 26 조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]

① 계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14 일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

② 회사가 제 1 항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명 또는 동법 제 2 조 제 3 호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제 1 항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 제 1 항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제 32 조(해지환급금) 제 1 항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제 27 조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복)]

① 제 26 조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3 년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있

습니다. 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 제 1 항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제 13 조(계약 전 알릴 의무), 제 14 조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제 15 조(사기에 의한 계약), 제 16 조(보험계약의 성립) 제 2 항에서 제 4 항 및 제 23 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 단, 부활(효력회복)의 경우 제 1 회 보험료는 부활(효력회복)할 때의 보험료를 의미합니다.
③ 제 1 항에 따라 계약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약을 청약할 때 제 13 조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제 14 조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

용어 해설	**〈부활(효력회복)〉** 보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해지환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

제 28 조 [강제집행 등으로 인해 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]
① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제 20 조(계약내용의 변경 등) 제 1 항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

용어 해설	**〈강제집행〉** 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 사법상의 청구권을 국가권력을 가지고 강제적으로 실현하는 법적 절차 **〈담보권실행〉** 채무자가 채무를 갚지 않을 경우, 채무이행을 확보할 수 있도록 제공된 담보로부터 담보권자가 채무를 변제받는 절차 **〈국세 및 지방세 체납처분절차〉** 납세자가 국세 및 지방세를 납부 기한까지 납부하지 않는 경우에 국세징수법 또는 지방세징수법에 따라 행하는 압류 및 공매 처분 등 절차

② 회사는 제 1 항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 회사는 제 1 항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제 1 항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 회사는 제 1 항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7 일 이내에 하여야 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제 3 항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15 일 이내에 제 1 항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 29 조 [계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권]
① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 32 조(해지환급금) 제 1 항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제 32 조(해지환급금) 제 1 항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 30 조 [중대사유로 인한 해지]

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1 개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 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.

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

② 회사가 제 1 항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제 32 조(해지환급금) 제 1 항에 따른 해지환급금을 지급합니다. 다만, 제 1 항 제 1 호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 31 조 [회사의 파산선고와 해지]

① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.

② 제 1 항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3 개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

③ 제 1 항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제 2 항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제 32 조(해지환급금) 제 1 항에 따른 해지환급금을 계약자에게 드립니다.

제 32 조 [해지환급금]

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

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표 4(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 33 조 [보험계약대출]

① 계약자는 이 계약의 해지환급금(단, 보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액) 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.

설명	**<보험계약대출이율의 공시>** 이 보험의 보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.samsunglife.com)의 “상품공시실” 내 “보험상품적용이율” – “보험계약대출이율 변동현황”에서 공시합니다.

② 계약자는 제 1 항에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 회사는 제 26 조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제 34 조 [배당금의 지급]

이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제 35 조 [분쟁의 조정]
계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제 36 조 [관할법원]
이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제 37 조 [소멸시효]
보험금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금청구권 및 책임준비금 반환청구권은 3 년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

설명	**〈소멸시효〉** 보험금 등의 지급사유가 2015 년 1 월 2 일에 발생하였음에도 2018 년 1 월 2 일까지 보험금 등을 청구하지 않는 경우 시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제 38 조 [약관의 해석]
① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제 39 조 [회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력]
보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제 40 조 [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 제 2 항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

용어 해설	**〈현저하게 공정을 잃은 합의〉** 회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제 41 조 [개인정보보호]
① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여「개인정보 보호법」,「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수

집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제 42 조 [준거법]
이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제 43 조 [예금보험에 의한 지급보장]
회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금보험공사가 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

용어 해설	**〈예금자보호법〉** 금융기관이 파산 등의 사유로 예금 등을 지급할 수 없는 상황에 대처하기 위하여 예금보험제도 등을 효율적으로 운영함으로써 예금자 등을 보호하고 금융제도의 안정성을 유지하는 데 이바지하기 위해 제정된 법률을 말합니다.

별표 1

보험금 지급기준표

(1) 만기보험금(약관 제 3 조 제 1 호)

지급 사유	피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 경우 [만기환급형에 한함]
지급 금액	이미 납입한 주계약 보험료의 100%

㈜ 순수보장형은 만기보험금이 지급되지 않습니다.

(2) 사망보험금(약관 제 3 조 제 2 호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
지급 금액	보험가입금액의 100%

㈜ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

별표2

재 해 분 류 표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 한국표준질병 · 사인분류상의(S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 감염병(콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, A형간염)

2. 재해에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- '법적 개입'중 법적 처형(Y35.5)

③ '외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)' 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고 [단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 합병증을 일으키게 한 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 이물질(W44)'중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병 · 사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

㈜ 1. ( ) 안은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 상의 분류번호이며, 제8차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함되는 것으로 합니다.

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

별표3

장 해 분 류 표

□ **총칙**

1. 장해의 정의

1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손 상태 및 기능 상실 상태를 말합니다. 다만, 질병과 부상의 주 증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않습니다.

2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손 상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말합니다.

3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말합니다.

4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시 장해의 장해지급률로 정합니다.

5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간[계약(특약)의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약(특약)은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약(특약)은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내]에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

2. 신체 부위

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

3. 장해의 판정

1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.

2) 동일한 신체 부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 장해지급률을 적용함을 원칙으로 합니다. 그러나 각 신체 부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

4) 의학적으로 뇌사 판정을 받고 호흡 기능과 심장박동 기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않습니다. 다만, 뇌사 판정을 받은 경우가 아닌 식물인간 상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체 부위별 판정 기준에 따라 평가합니다.

5) 장해 진단서에는 ① 장해 진단명 및 발생 시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 합니다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 합니다.

□ **장해분류별 판정 기준**

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동 장해나 뚜렷한 조절 기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야 장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동 장해를 남긴 때	5

나. 장해판정 기준

1) 시력 장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3 회 이상 측정합니다.

2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정 수단)으로 교정한 원거리 최대 교정 시력을 말합니다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가합니다.

3) '한 눈이 멀었을 때'라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각유')를 말합니다.

4) '한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때'라 함은 안전 수동(Hand Movement)[주1], 안전 수지(Finger Counting)[주2] 상태를 포함합니다.

※ 주 1) 안전 수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

주 2) 안전 수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

5) 안구(눈동자) 운동 장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1 년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가합니다.

6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동 장해'라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.

가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동 범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우

나) 중심 20 도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우

7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절 기능장해'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말합니다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50 세 이상(장해 진단시 연령 기준)의 경우는 제외합니다.

8) '뚜렷한 시야 장해'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말합니다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야 장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8 방향 시야 범위 합계를 정상 범위와 비교하여 평가합니다.

9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말합니다.

10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동 장해를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말합니다.

11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산됩니다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산합니다.

12) 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않습니다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용합니다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정 기준

1) 청력 장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3 회 이상 청력검사를 실시한 후 적용합니다. 다만, 각 측정치의 결괏값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 합니다.

2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말합니다.

3) '심한 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말합니다.

4) '약간의 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말합니다.

5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3 세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가실시 후 장해를 평가합니다.

다. 귓바퀴의 결손

1) '귓바퀴의 대부분이 결손된 때'라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말합니다.

2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습) 장해로만 평가합니다.

라. 평형기능의 장해

1) '평형기능에 장해를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산 점수가 30 점 이상인 경우를 말합니다.

항목	내용	점수
검사 소견	1) 양측 전정 기능 소실	14
	2) 양측 전정 기능 감소	10
	3) 일측 전정 기능 소실	4
치료 병력	1) 장기 통원치료(1 년간 12 회 이상)	6
	2) 장기 통원치료(1 년간 6 회 이상)	4
	3) 단기 통원치료(6 개월간 6 회 이상)	2
	4) 단기 통원치료(6 개월간 6 회 미만)	0
기능장해 소견	1) 두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	2) 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	3) 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌 병변 여부, 전정 기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 합니다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도 안진 검사, 전기 안진 검사(또는 비디오 안진 검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 호흡 기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각 기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장해판정 기준

1) '코의 호흡 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨 쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도 검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말합니다.

2) '코의 후각 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각 기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않습니다.

3) 양쪽 코의 후각 기능은 후각인지 검사, 후각역치 검사 등을 통해 6 개월 이상 고정된 후각의 완전 손실이 확인되어야 합니다.

4) 코의 추상(추한 모습) 장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산합니다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어 먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어 먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	60
4) 씹어 먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
5) 씹어 먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 씹어 먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
7) 씹어 먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
8) 치아에 14 개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7 개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5 개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해판정 기준

1) 씹어 먹는 기능의 장해는 윗니(상악 치아)와 아랫니(하악 치아)의 맞물림(교합), 배열 상태 및 아래턱의 개구 운동, 삼킴(연하) 운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정합니다.

2) '씹어 먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 심한 개구 운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말합니다.

3) '씹어 먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.

가) 뚜렷한 개구 운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우

나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치) 간 최대 개구 운동이 1cm 이하로 제한되는 경우

다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우

라) 양측 1 개 이하의 치아만 교합되는 상태

마) 연하 기능 검사(비디오 투시 검사) 상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태

4) '씹어 먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.

가) 약간의 개구 운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우

나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구 운동이 2cm 이하로 제한되는 경우

다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우

라) 양측 각 1 개 또는 편측 2 개 이하의 치아만 교합되는 상태

마) 연하 기능 검사(비디오 투시 검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태

5) 개구 장해는 턱관절의 이상으로 개구 운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구 상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치) 간 거리를 기준으로 합니다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정 가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 합니다.

6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악 치아)와 아랫니(하악 치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말합니다.

7) '말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.

가) 언어평가상 자음 정확도가 30% 미만인 경우

나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우

8) '말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.

가) 언어평가상 자음 정확도가 50% 미만인 경우

나) 언어평가상 표현 언어 지수 25 미만인 경우

9) '말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.

가) 언어평가상 자음 정확도가 75% 미만인 경우

나) 언어평가상 표현 언어 지수 65 미만인 경우

10) 말하는 기능의 장해는 1 년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가합니다.

11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지 기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음 장애) 또는 씹어 먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그중 높은 지급률 하나만 인정합니다.

12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관 치료(크라운 보철 수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2 개 결손으로 적용합니다.

13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않습니다.

14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열 구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정합니다.

15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 장해로 평가합니다.

16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 장해의 대상이 되지 않습니다.

5. 외모의 추상(추한 모습) 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정 기준

1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말합니다.

2) '추상(추한 모습) 장해'라 함은 성형수술(반흔 성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말합니다.

3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말합니다.

4) 다발성 반흔 발생 시 각 판정 부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가합니다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산 대상에서 제외합니다.

5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정합니다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)

다) 지름 5cm 이상의 조직 함몰

라) 코의 1/2 이상 결손

2) 머리

가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발 결손

나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴

가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)

나) 길이 5cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)

다) 지름 2cm 이상의 조직 함몰

라) 코의 1/4 이상 결손

2) 머리

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발 결손

나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동 장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동 장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동 장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해	10

나. 장해판정 기준

1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제 1 천추까지를 동일한 부위로 합니다. 제 2 천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가합니다.
2) 척추(등뼈)의 기형 장해는 척추체(척추뼈 몸통을 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외합니다. 이하 이 신체 부위에서 같습니다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가합니다.
가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 변화는 객관적인 측정 방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상 만곡을 고려하여 평가합니다.
나) 척추(등뼈)의 기형 장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정합니다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정합니다.
다) 척추(등뼈)의 기형 장해는 「 산업재해보상보험법 시행규칙」 상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그중 가장 높은 지급률을 적용합니다.
3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가합니다.
4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6 개월 이상 지난 후에 평가합니다.
5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극 증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동 장해 및 기형 장해로 평가하지 않습니다.
6) 심한 운동 장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4 개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
나) 머리뼈(두개골), 제 1 경추, 제 2 경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
7) 뚜렷한 운동 장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3 개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
나) 머리뼈(두개골)와 제 1 경추 또는 제 1 경추와 제 2 경추를 유합 또는 고정한 상태
다) 머리뼈(두개골)와 상위 목뼈(상위 경추: 제 1, 2 경추) 사이에 CT 검사상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단 사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상 전위가 있는 상태
라) 상위 목뼈(상위 경추: 제 1, 2 경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상 전위가 있는 상태
8) 약간의 운동 장해
머리뼈(두개골)와 상위 목뼈(상위 경추: 제 1, 2 경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2 개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60% 이상인 경우 또는 한 운동 단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
가) 1 개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20% 이상인 경우 또는 한 운동 단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판을 2 마디 이상(또는 1 마디 추간판에 대해 2 회 이상) 수술하고도 마미신경 증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판 1 마디를 수술하고도 신경 생리 검사에서 명확한 신경근 병증의 소견이 지속되고 척추 신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근 병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정 기준

1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제 2 천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 봅니다.

2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.

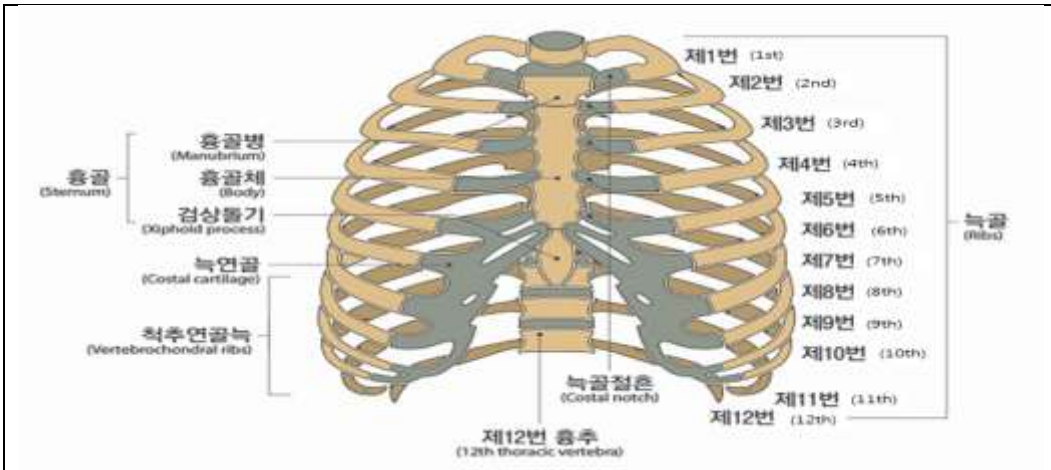
가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태

나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우

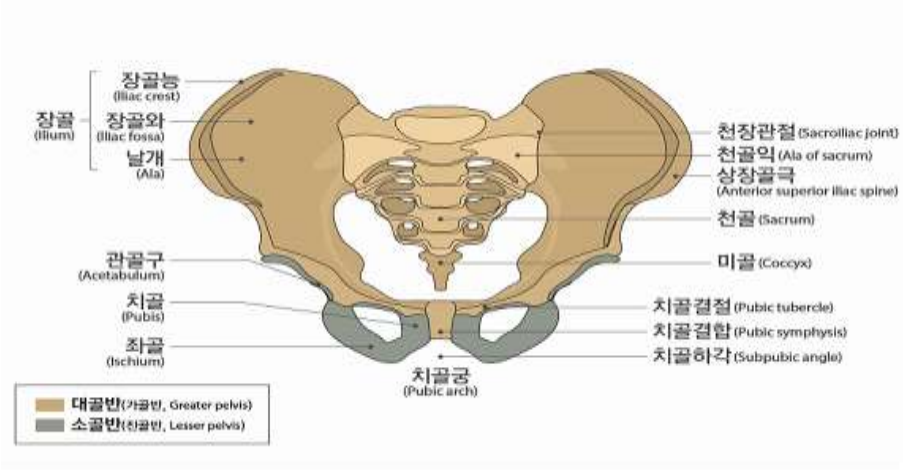
다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

3) '빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말합니다.

4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급합니다. 다발성 늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가합니다.



〈가슴뼈〉



〈골반뼈〉

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3 대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3 대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3 대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3 대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정 기준

1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가합니다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가합니다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않습니다.

3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목 관절(완관절)까지를 말합니다.

4) '팔의 3 대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치 관절(주관절), 손목 관절(완관절)을 말합니다.

5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목 관절(완관절)부터(손목 관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함합니다.

6) 팔의 관절 기능장해 평가는 팔의 3 대 관절의 관절운동 범위 제한 등으로 평가합니다.

가) 각 관절의 운동 범위 측정은 장해 평가 시점의 「 산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동 가능 영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따릅니다.

나) 관절 기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 합니다. 단, 관절 기능장해가 신경 손상으로 인한 경우에는 운동 범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가합니다.

7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.

가) 완전 강직(관절굳음)

나) 근전도 검사상 완전 손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '0 등급(zero)'인 경우

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

가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/4 이하로 제한된 경우

나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

다) 근전도 검사상 완전 손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '1 등급(trace)'인 경우

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

가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/2 이하로 제한된 경우

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

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

가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 3/4 이하로 제한된 경우

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

11) '가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2 개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말합니다.

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

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

13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말합니다.

다. 지급률의 결정

1) 한 팔의 3 대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.

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

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3 대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3 대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3 대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3 대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정 기준

1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가합니다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가합니다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않습니다.

3) '다리'라 함은 엉덩이 관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말합니다.

4) '다리의 3 대 관절'이라 함은 엉덩이 관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말합니다.

5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함합니다.

6) 다리의 관절 기능장해 평가는 다리의 3 대 관절의 관절운동 범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가합니다.

가) 각 관절의 운동 범위 측정은 장해 평가 시점의 「 산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동 가능 영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따릅니다.

나) 관절 기능장해가 신경 손상으로 인한 경우에는 운동 범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가합니다.

7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.

가) 완전 강직(관절굳음)

나) 근전도 검사상 완전 손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '0 등급(zero)'인 경우

8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.

가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/4 이하로 제한된 경우

나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

라) 근전도 검사상 완전 손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '1 등급(trace)'인 경우

9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.

가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/2 이하로 제한된 경우

나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '2 등급(poor)'인 경우

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

가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '3 등급(fair)'인 경우

11) 동요 장해 평가 시에는 정상 측과 환 측을 비교하여 증가된 수치로 평가합니다.

12) '가관절[주]'이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2 개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말합니다.

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

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

다. 지급률의 결정
1) 한 다리의 3 대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.
2) 1 하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 합니다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정 기준
1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가합니다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가합니다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않습니다.
3) 손가락에는 첫째 손가락에 2 개의 손가락 관절이 있습니다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지 관절, 지관절이라 합니다.
4) 다른 네 손가락에는 3 개의 손가락 관절이 있습니다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지 관절, 제 1 지관절(근위지관절) 및 제 2 지관절(원위지관절)이라 부릅니다.
5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터(제 1 지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말합니다.
6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제 1 지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않습니다.
7) '손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지 관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동 가능 영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에서는 제 1, 제 2 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말합니다.
8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.
9) 손가락의 관절 기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동 범위 제한 등으로 평가합니다. 각 관절의 운동 범위 측정은 장해 평가 시점의 「 산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동 가능 영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따릅니다.

〈손가락〉

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정 기준

1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가합니다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가합니다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않습니다.

3) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터(제 1 지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말합니다.

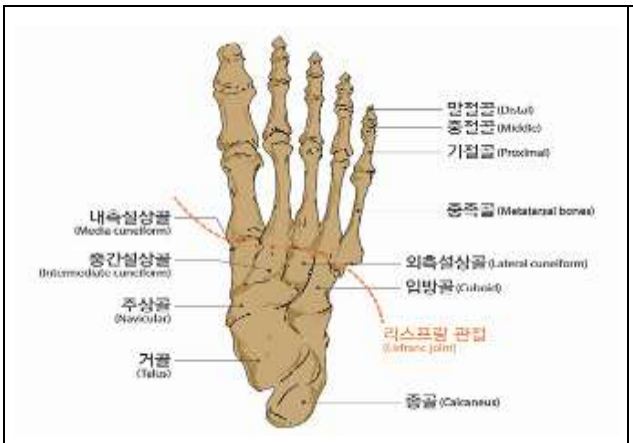
4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골 간 관절 이상에서 절단된 경우를 말합니다.

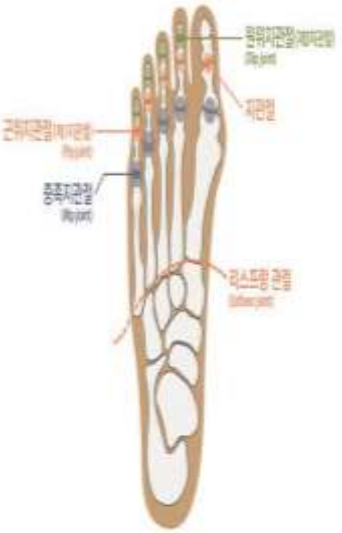
5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않습니다.

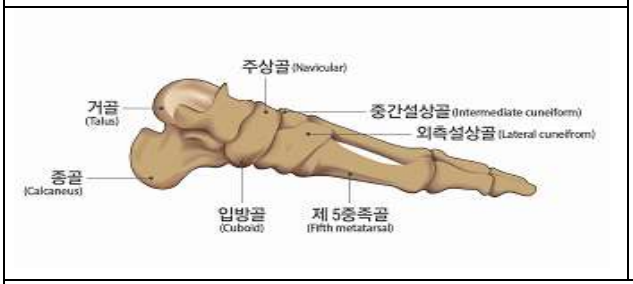
6) '발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족 지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동 범위 합계가 정상 운동 가능 영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우를 말합니다.

7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.

8) 발가락 관절의 운동 범위 측정은 장해 평가 시점의 「 산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동 가능 영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따릅니다.







〈발가락〉

12. 흉 · 복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정 기준

1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말합니다.

2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.

가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우

나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때

다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때

3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.

가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장, 전부를 잘라내었을 때

나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때

다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때

라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때

4) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.

가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때

나) 방광 기능 상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태

다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때

라) 대장 절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료 과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)

마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우

바) 요도 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도 괄약근을 설치한 경우

5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
다) 폐 질환 또는 폐 부분 절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1 초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상 예측치의 40% 이하로 저하된 때
6) 흉복부, 비뇨 생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않습니다.
7) 상기 흉복부 및 비뇨 생식기계 장해 항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해 평가표'에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해지급률을 준용합니다.
8) 상기 장해 항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성 간질환, 만성폐쇄성 폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않습니다.

13. 신경계 · 정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5 점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4 점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3 점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2 점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정 기준

1) 신경계
가) '신경계에 장해를 남긴 때'라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해 평가표'의 5 가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말합니다.
나) 위 가)의 경우 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해 평가표' 상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장 대상이 되는 장해로 인정하지 않습니다.
다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체 부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그중 높은 지급률을 적용합니다.
라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12 개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가합니다. 그러나, 12 개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6 개월의 범위에서 장해 평가를 유보합니다.
마) 장해 진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 합니다.
2) 정신행동
가) 정신행동 장해는 보험기간 중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18 개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 합니다. 다만, 질병 발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1 개월 이상 지속된 경우에는 질병 발생 또는 상해를 입은 후 12 개월이 지난 후에 판정할 수 있습니다.
나) 정신행동 장해는 장해판정 직전 1 년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않습니다.
다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30 점 이하인 상태를 말합니다.
라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40 점 이하인 상태를 말합니다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부 고시 「장애등급 판정 기준」의 '능력 장해측정 기준'[주]상 6개 항목 중 3항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말합니다.

※ 주) 능력 장해측정 기준의 항목 : ㉮ 적절한 음식 섭취, ㉯ 대소변 관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉰ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉱ 규칙적인 통원· 약물 복용, ㉲ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉳ 대중교통이나 일반 공공시설의 이용

바) '정신행동에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부 고시 「장애등급 판정 기준」의 '능력 장해측정 기준'상 6개 항목 중 2항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말합니다.

사) '정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부 고시 「장애등급 판정 기준」의 '능력 장해측정 기준'상 6개 항목 중 2항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말합니다.

아) 지속적인 정신건강의학과의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미합니다.

자) 심리학적 평가 보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시돼야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 합니다.

차) 정신행동 장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말합니다.

카) 정신행동 장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌 자기공명촬영, 뇌전산화 촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가합니다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국 표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않습니다.

타) 각종 기질성 정신 장해와 외상 후 간질에 한하여 보상합니다.

파) 외상 후 스트레스 장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성 장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않습니다.

3) 치매

가) '치매'라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말합니다.

나) 치매의 장해 평가는 임상적인 증상뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단돼야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가합니다. 다만, 진단 시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가합니다.

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상 치매 척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사 결과에 따릅니다.

4) 뇌전증(간질)

가) '뇌전증(간질)'이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식 장해 등)을 반복하는 것을 말합니다.

나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 합니다.

다) '심한 간질발작'이라 함은 월 8회 이상의 중증 발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡 장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지 장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말합니다.

라) '뚜렷한 간질발작'이라 함은 월 5회 이상의 중증 발작 또는 월 10회 이상의 경증 발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말합니다.

마) '약간의 간질발작'이라 함은 월 1회 이상의 중증 발작 또는 월 2회 이상의 경증 발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말합니다.

바) '중증 발작'이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로서 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식 장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말합니다.

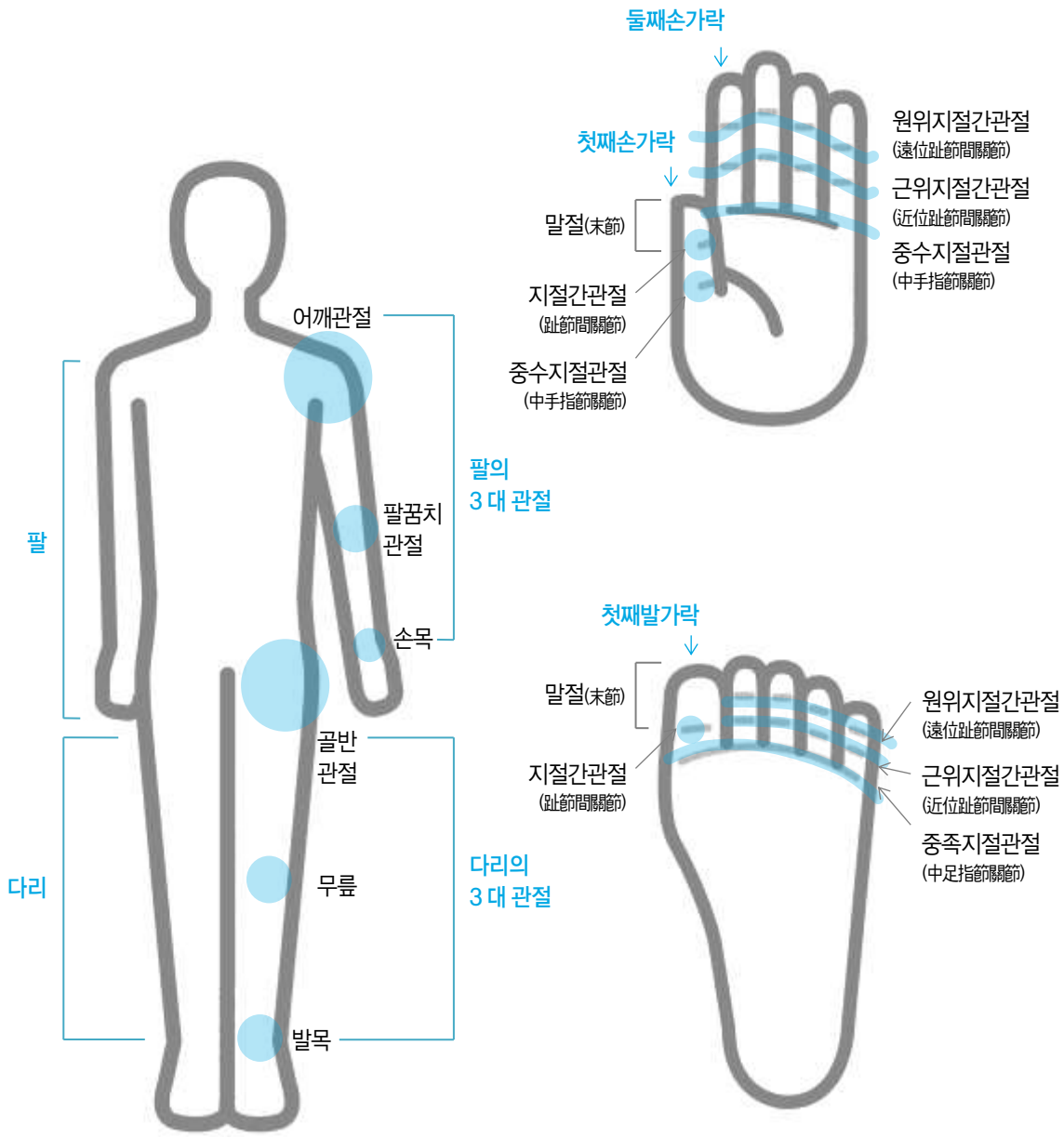
사) '경증 발작'이라 함은 운동 장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말합니다.

붙임

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해 평가표

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

신체부위의 설명도


둘째손가락
첫째손가락
말절(末節)
지절간관절
(趾節間關節)
중수지절관절
(中手指節關節)
원위지절간관절
(遠位趾節間關節)
근위지절간관절
(近位趾節間關節)
중수지절관절
(中手指節關節)
어깨관절
팔꿈치
관절
손목
팔
팔의
3 대 관절
골반
관절
무릎
발목
다리
다리의
3 대 관절
첫째발가락
말절(末節)
지절간관절
(趾節間關節)
원위지절간관절
(遠位趾節間關節)
근위지절간관절
(近位趾節間關節)
중족지절관절
(中足指節關節)

별표4

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제8조 제2항 및 제32조 제2항 관련)

구 분	기 간	적 립 이 율
만기보험금 (제3조 제1호) 및 해지환급금 (제32조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
사망보험금 (제3조 제2호)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)

㈜ 1. 만기보험금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.

2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효(제37조)가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.

3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

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.

고도장해보장특약(무배당) 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 [용어의 정의]

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

1. 특약관계 관련 용어
   가. 계약자: 회사와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   다. 보험증권: 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   라. 진단특약: 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.
   마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표1) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표2) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결시점의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.
   다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, "관공서의 공휴일에 관한 규정"에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2조의2 [특약의 보험기간]

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.

제2조의3 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 장해분류표(별표2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 특약보험가입금액의 100%를 고도장해보험금으로 지급합니다.

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상 80%미만인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 제2항 및 제3조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제2항 및 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑤ 제3항 및 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 이 특약에서「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑦ 제2항 및 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제2항 및 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 장해분류표(별표2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑫ 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)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 회사가 제2항의 보험료 납입면제에 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, 보험

료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 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 지급사유 또는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
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 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 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 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표3(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 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) 제12항 및 제13항에 따라 보험금 지급사유 등에 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 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 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.

제8조 [보험금 받는 방법의 변경]
① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 고도장해보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제9조 [보험수익자의 지정]
이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]
계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 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, 진단특약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

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 특약체결 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(진단특약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 특약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 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 뿐만 아니라 계약 전

알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 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.

제12조 [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 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.
② 제1항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]
① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 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 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
⑥ 제5항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑦ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]
① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자 [주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인을 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제14조 [특약의 무효]

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 [특약의 소멸]

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 이 특약의 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 고도장해보험금의 지급사유가 발생한 경우
2. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(해지환급금을 받지 않은 경우에는 해지환급금이 없는 경우 또는 보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우를 포함하며, 이하 같습니다)

나. 제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	**〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉** 주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

② 제1항 제3호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

제 5 관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 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 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제18조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 단, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

③ 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅

니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
⑤ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]
① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 제1항에도 불구하고 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당되었을 때 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
1. 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)
2. 주계약 약관에서 정하는 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간 종료일까지 남은 기간이 1개월 이상인 경우(주계약의 보험료 납입기간 이후 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에 한합니다)

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.
⑤ 제1항에서 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약을 청약할 때 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제20조 [계약자의 임의해지]
계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]
① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 계산합니다.
② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표3(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관의 준용]
이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1 재해분류표
주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표2 장해분류표
주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표3 **보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제7조 제2항 및 제22조 제2항 관련)**

구분	적립기간	적립이율
고도장해보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

㈜ 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

급성심근경색증진단특약N(갱신형,무배당) 약관

※ 이 특약의 갱신주기는 3년으로 합니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 [용어의 정의]

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

1. 특약관계 관련 용어
   가. 계약자: 회사와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   다. 보험증권: 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   라. 진단특약: 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.
   마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표3) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표4) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 최초계약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr) 에서 확인할 수 있습니다.
   다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, "관공서의 공휴일에 관한 규정"에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
5. 특약의 갱신 관련 용어
   가. 최초계약: 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
   나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제13조의3(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
   다. 갱신일: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2 [특약의 보험기간]

① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 합니다.
② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 3년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2조의3 ["급성심근경색증"의 정의 및 진단 확정]
① 이 특약에 있어서 "급성심근경색증"이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 별표2(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② "급성심근경색증"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 이 특약의 보험기간 중에 "급성심근경색증"으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "급성심근경색증"임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조의4 [특약의 보장개시일]
이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급

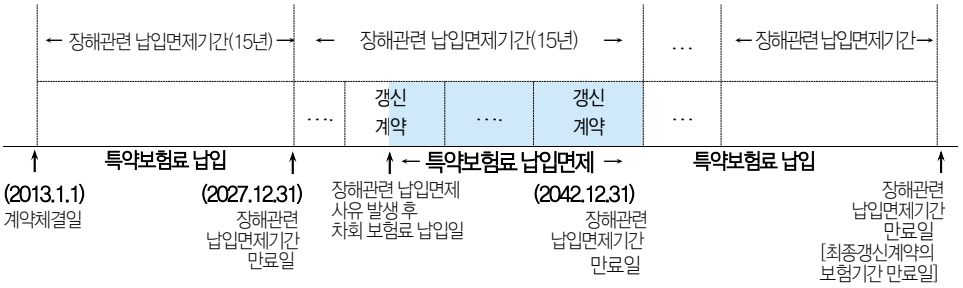
제3조 [보험금의 지급사유]
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "급성심근경색증"으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 급성심근경색증진단보험금으로 지급합니다.

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]
① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우(단, 주계약이 유효한 경우에 한합니다)에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다
⑤ 「장해관련 납입면제기간」은 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'을 주기로 하며, 「장해관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기

간이 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해관련 납입면제기간」으로 합니다.

<장해관련 납입면제기간 예시>

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 회사가 보장을 합니다.

⑦ 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 최초계약의 「계약일부터 1년 이내(계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)」에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 단, 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)인 경우에는 보험금의 100%를 지급합니다.

⑧ 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

⑩ 제8항 및 제9항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑫ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표4 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(별표4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표4 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 장해분류표(별표4 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표4 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑯이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑰보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사

가 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.
⑱계약자와 회사가 제3항 및 제4항의 보험료 납입면제에 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 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]
회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 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 지급사유 또는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
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 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 해당질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 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 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 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) 제17항 및 제18항에 따라 보험금 지급사유 등에 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 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 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, 진단특약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

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 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단특약의 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. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 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 고지

를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 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 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)특약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)특약을 최초계약으로 봅니다].

제12조 [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 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.
② 제1항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]
① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 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 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 최초계약의 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제13조의3 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 「주계약의 보험기간[다만, 주계약 체결시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간, 이하 같습니다] 만료일」로 합니다. 단, "최대 80세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, "최대 100세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 “산출방법서”라 합니다)”에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑥ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑦ 제6항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평

균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제14조 [특약의 무효]

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 [특약의 소멸]

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 이 특약의 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단보험금의 지급사유가 발생한 경우
2. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

   가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(해지환급금을 받지 않은 경우에는 해지환급금이 없는 경우 또는 보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우를 포함하며, 이하 같습니다)

   나. 제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

   단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	**<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>** 주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

   이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제3호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항 제3호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제7조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 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 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 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 계약을 준용합니다.

② 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

④ 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1.계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉) 기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2.납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

⑤ 회사가 제4항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 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 제4항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

⑥ 제2항 및 제4항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급

합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

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

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당되었을 때 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

1. 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)
2. 주계약 약관에서 정하는 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간 종료일까지 남은 기간이 1개월 이상인 경우(주계약의 보험료 납입기간 이후 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에 한합니다)

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

⑤ 제1항에서 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약을 청약할 때 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제20조 [계약자의 임의해지]

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

② 제1항에도 불구하고 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

③ 제2항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제2항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표

– 급성심근경색증진단보험금(약관 제3조)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때
지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

㈜ 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 「계약일부터 1년 이내(계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)」의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약 또는 특약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우에는 적용하지 않습니다.

별표2

급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
· 급성 심근경색증	I21
· 후속심근경색증	I22
· 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

㈜ 제8차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

별표 3 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표 4 장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표5

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제7조 제2항 및 제22조 제2항 관련)

구 분	기 간	적립이율
급성심근경색증 진단보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

㈜ 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

3. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

급성심근경색증진단특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 "15"는 "갱신주기 15년"을 의미합니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 [용어의 정의]

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

1. 특약관계 관련 용어
   - 가. 계약자 : 회사와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   - 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   - 다. 보험증권 : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   - 라. 진단특약 : 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.
   - 마. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   - 가. 재해 : (별표3) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   - 나. 장해 : (별표4) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   - 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   - 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   - 나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 최초계약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr) 에서 확인할 수 있습니다.
   - 다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   - 가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   - 나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, "관공서의 공휴일에 관한 규정"에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
5. 특약의 갱신 관련 용어
   - 가. 최초계약: 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
   - 나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제13조의3(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
   - 다. 갱신일: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2 [특약의 보험기간]

① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2조의3 ["급성심근경색증"의 정의 및 진단확정]
① 이 특약에 있어서 "급성심근경색증"이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 별표2(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② "급성심근경색증"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 "급성심근경색증"으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "급성심근경색증"임이 확정되거나 추정되는 경우

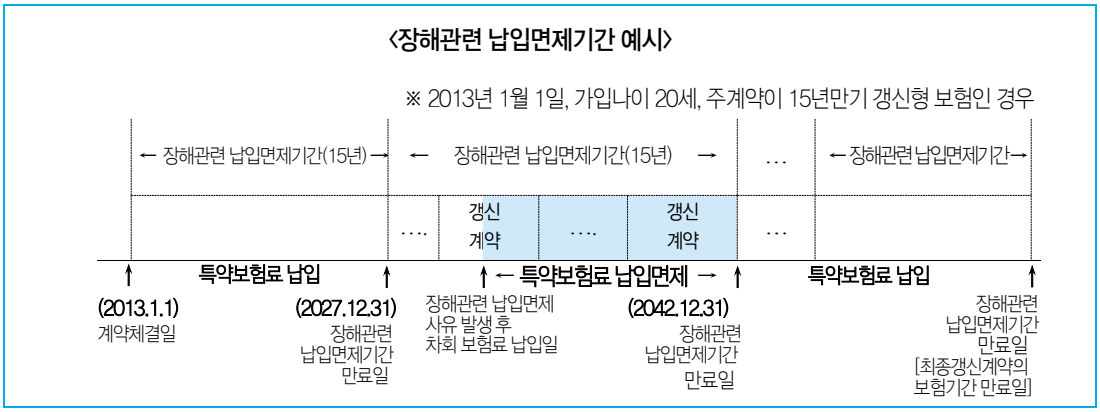
제2조의4 [특약의 보장개시일]
이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "급성심근경색증"으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 급성심근경색증진단보험금으로 지급합니다.

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]
① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우(단, 주계약이 유효한 경우에 한합니다)에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다
⑤ 「장해관련 납입면제기간」은 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'을 주기로 하며, 「장해관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기

간이 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해관련 납입면제기간」으로 합니다.



⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 회사가 보장을 합니다.

⑦ 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 최초계약의 「계약일부터 1년 이내(계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)」에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다.

⑧ 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

⑩ 제8항 및 제9항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑫ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표4 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(별표4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표4 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 장해분류표(별표4 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표4 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑯이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑰보험수익자와 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)에 규정한 종합병원 소

속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑱계약자와 회사가 제3항 및 제4항의 보험료 납입면제에 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 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]
회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 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 지급사유 또는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
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 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 해당질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 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 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 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) 제17항 및 제18항에 따라 보험금 지급사유 등에 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 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 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, 진단특약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

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 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단특약의 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. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 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 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니

다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 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 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)특약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)특약을 최초계약으로 봅니다].

제12조 [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 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.
② 제1항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]
① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 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 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 최초계약의 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑦ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제13조의3 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 「주계약의 보험기간[다만, 주계약 체결시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간, 이하 같습니다] 만료일」로 합니다. 단, "최대 80세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, "최대 100세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라고 합니다)"에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑥ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑦ 제6항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제14조 [특약의 무효]

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.
③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 [특약의 소멸]

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(해지환급금을 받지 않은 경우에는 해지환급금이 없는 경우 또는 보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우를 포함하며, 이하 같습니다)
나. 제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	**〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉** 주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
3. 이 특약의 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단보험금의 지급사유가 발생한 경우
② 제1항 제2호의"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 사망

연월일을 기준으로 합니다.
③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제7조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]
① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 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 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 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 계약을 준용합니다.
② 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제2항에도 불구하고 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
④ 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
1.계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉) 기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2.납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
⑤ 회사가 제4항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 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 제4항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
⑥ 제2항 및 제4항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 제1항에도 불구하고 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당되었을 때 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

1. 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)
2. 주계약 약관에서 정하는 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간 종료일까지 남은 기간이 1개월 이상인 경우(주계약의 보험료 납입기간 이후 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에 한합니다)

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.
⑤ 제1항에서 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약을 청약할 때 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제20조 [계약자의 임의해지]
계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]
① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조 [해지환급금]
① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관의 준용]
이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표

– 급성심근경색증진단보험금(약관 제3조)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때
지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

㈜ 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 「계약일부터 1년 이내(계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)」의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

별표2

급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상 질병명	분류번호
· 급성 심근경색증	I21
· 후속심근경색증	I22
· 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

㈜ 제8차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

별표3 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표4 장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표5 **보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제7조 제2항 및 제22조 제2항 관련)**

구 분	기 간	적립이율
급성심근경색증 진단보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

㈜ 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

3. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

뇌출혈진단특약N(갱신형,무배당) 약관

※ 이 특약의 갱신주기는 3년으로 합니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 [용어의 정의]

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

1. 특약관계 관련 용어
   가. 계약자: 회사와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   다. 보험증권: 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   라. 진단특약: 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.
   마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표3) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표4) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 최초계약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr) 에서 확인할 수 있습니다.
   다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, "관공서의 공휴일에 관한 규정"에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
5. 특약의 갱신 관련 용어
   가. 최초계약: 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
   나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제13조의3(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
   다. 갱신일: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2 [특약의 보험기간]

① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 합니다.
② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 3년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2조의3 ["뇌출혈"의 정의 및 진단 확정]
① 이 특약에 있어서 "뇌출혈"이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 별표2(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② "뇌출혈"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력 · 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 "뇌출혈"로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "뇌출혈"임이 확정되거나 추정되는 경우

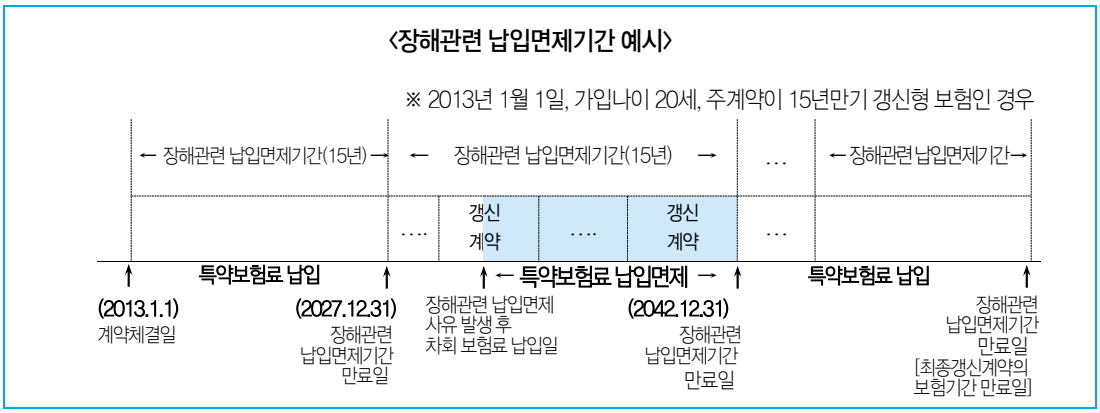
제2조의4 [특약의 보장개시일]
이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "뇌출혈"로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 뇌출혈진단보험금으로 지급합니다.

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]
① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우(단, 주계약이 유효한 경우에 한합니다)에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다
⑤ 「장해관련 납입면제기간」은 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'을 주기로 하며, 「장해관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해관련 납입면제기간」으로

합니다.



⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 뇌출혈을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 회사가 보장을 합니다.

⑦ 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 최초계약의 「계약일부터 1년 이내(계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)」에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 단, 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)인 경우에는 보험금의 100%를 지급합니다.

⑧ 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표(별표4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

⑩ 제8항 및 제9항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑫ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표4 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(별표4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표4 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 장해분류표(별표4 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표4 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑯이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑰이 특약은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류 중 '출생전후기에 기원한 특정 병태(P00 ~ P96)'에 해당하는 질병은 보장하지 않습니다. 단, 제8차 이후 한국표준질병 · 사인분류에서 추가로 '출생전후기에 기원한 특정 병태'에 해당

하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
⑱보험수익자와 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)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑲계약자와 회사가 제3항 및 제4항의 보험료 납입면제에 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 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]
회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 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 지급사유 또는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
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 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 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.

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 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 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) 제18항 및 제19항에 따라 보험금 지급사유 등에 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 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 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.

제8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 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, 진단특약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

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 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단특약의 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. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않

게 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 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 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 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)특약을 제1항의 최초계약으로 봅니다.[부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)특약을 최초계약으로 봅니다]

제12조 [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 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 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 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 최초계약의 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑦ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]
① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제13조의3 [특약의 갱신]
① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 「주계약의 보험기간[다만, 주계약 체결시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간, 이하 같습니다] 만료일」로 합니다. 단, "최대 80세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, "최대 100세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라고 합니다)"에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.
⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
⑥ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.
⑦ 제6항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이

자계산방식과 같게 계산합니다.
⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제14조 [특약의 무효]
특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 [특약내용의 변경 등]
① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.
③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 [특약의 소멸]
① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(해지환급금을 받지 않은 경우에는 해지환급금이 없는 경우 또는 보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우를 포함하며, 이하 같습니다)
나. 제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	**<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>** 주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
3. 이 특약의 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단보험금의 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호의 '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 사망 연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제7조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 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 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 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 계약을 준용합니다.

② 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

④ 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

⑤ 회사가 제4항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 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 제4항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

⑥ 제2항 및 제4항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급

합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

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

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당되었을 때 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

1. 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)
2. 주계약 약관에서 정하는 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간 종료일까지 남은 기간이 1개월 이상인 경우(주계약의 보험료 납입기간 이후 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에 한합니다)

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

⑤ 제1항에서 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약을 청약할 때 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제20조 [계약자의 임의해지]

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

② 제1항에도 불구하고 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

③ 제2항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제2항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표

– 뇌출혈진단보험금(약관 제3조)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈로 진단이 확정되었을 때
지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

㈜1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 「계약일부터 1년 이내(계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)」의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약 또는 특약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우에는 적용하지 않습니다.

2. 이 특약은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류 중 '출생전후기에 기원한 특정 병태(P00 ~ P96)'에 해당하는 질병은 보장하지 않습니다. 단, 제8차 이후 한국표준질병 · 사인분류에서 추가로 '출생전후기에 기원한 특정 병태'에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

별표2

뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
· 지주막하 출혈	I60
· 뇌내출혈	I61
· 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

㈜ 제8차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

별표 3 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표 4 장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표5 **보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제7조 제2항 및 제22조 제2항 관련)**

구 분	기 간	적립이율
뇌출혈 진단보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

㈜ 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

3. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

뇌출혈진단특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 "15"는 "갱신주기 15년"을 의미합니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 [용어의 정의]

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

1. 특약관계 관련 용어
   가. 계약자: 회사와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   다. 보험증권: 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   라. 진단특약: 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.
   마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표3) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표4) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 최초계약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr) 에서 확인할 수 있습니다.
   다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, "관공서의 공휴일에 관한 규정"에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
5. 특약의 갱신 관련 용어
   가. 최초계약: 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
   나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제13조의3(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
   다. 갱신일: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2 [특약의 보험기간]

① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2조의3 ["뇌출혈"의 정의 및 진단 확정]
① 이 특약에 있어서 "뇌출혈"이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 별표2(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② "뇌출혈"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력 · 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 "뇌출혈"로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "뇌출혈"임이 확정되거나 추정되는 경우

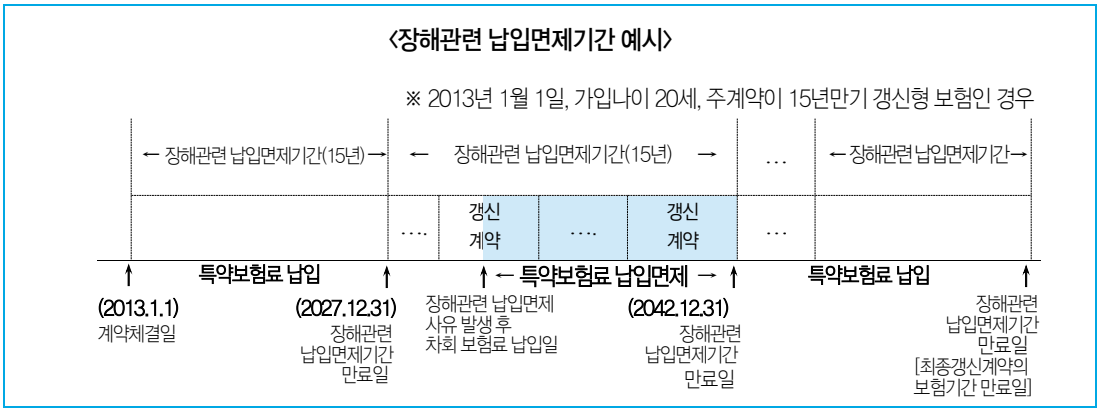
제2조의4 [특약의 보장개시일]
이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "뇌출혈"로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 뇌출혈진단보험금으로 지급합니다.

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]
① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우(단, 주계약이 유효한 경우에 한합니다)에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다
⑤ 「장해관련 납입면제기간」은 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'을 주기로 하며, 「장해관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기

간이 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해관련 납입면제기간」으로 합니다.



⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 뇌출혈을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 회사가 보장을 합니다.

⑦ 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 최초계약의 「계약일부터 1년 이내(계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)」에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다.

⑧ 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

⑩ 제8항 및 제9항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑫ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표4 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(별표4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표4 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 장해분류표(별표4 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표4 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑯이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑰보험수익자와 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)에 규정한 종합병원 소

속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑱계약자와 회사가 제3항 및 제4항의 보험료 납입면제에 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 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]
회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 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 지급사유 또는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
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 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 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 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 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) 제17항 및 제18항에 따라 보험금 지급사유 등에 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 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제8조 [보험금 받는 방법의 변경]
이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제9조 [보험수익자의 지정]
이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]
계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 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, 진단특약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

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 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단특약의 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. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 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 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니

다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 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 해당보험금을 지급합니다.
⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
⑥ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)특약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)특약을 최초계약으로 봅니다].

제12조 [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 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.
② 제1항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]
① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일)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 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 최초계약의 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑦ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제13조의3 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 「주계약의 보험기간[다만, 주계약 체결시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간, 이하 같습니다] 만료일」로 합니다. 단, "최대 80세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, "최대 100세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라고 합니다)"에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑥ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑦ 제6항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제14조 [특약의 무효]

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견

하였을 때 이미 특약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.
③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 [특약의 소멸]

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 이 특약의 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단보험금의 지급사유가 발생한 경우
2. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(해지환급금을 받지 않은 경우에는 해지환급금이 없는 경우 또는 보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우를 포함하며, 이하 같습니다)
나. 제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	**<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>** 주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
② 제1항 제3호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
③ 제1항 제3호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금

지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제7조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 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 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 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 계약을 준용합니다.

② 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

④ 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

⑤ 회사가 제4항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 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 제4항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑥ 제2항 및 제4항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

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

다.
② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 제1항에도 불구하고 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당되었을 때 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

1. 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)
2. 주계약 약관에서 정하는 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간 종료일까지 남은 기간이 1개월 이상인 경우(주계약의 보험료 납입기간 이후 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에 한합니다)

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.
⑤ 제1항에서 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약을 청약할 때 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제20조 [계약자의 임의해지]
계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]
① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조 [해지환급금]
① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관의 준용]
이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표

– 뇌출혈진단보험금(제3조)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈로 진단이 확정되었을 때
지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

㈜ 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 「계약일부터 1년 이내(계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)」의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

별표2

뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
· 지주막하 출혈	I60
· 뇌내출혈	I61
· 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

㈜ 제8차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

별표3 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표4 장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표5 **보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제7조 제2항 및 제22조 제2항 관련)**

구 분	기 간	적립이율
뇌출혈 진단보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

㈜ 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

3. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

뉴입원특약N(갱신형,무배당) 약관

※ 이 특약의 갱신주기는 3년으로 합니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 [용어의 정의]

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

1. 특약관계 관련 용어
   가. 계약자: 회사와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   다. 보험증권: 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   라. 진단특약: 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.
   마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표3) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표4) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 최초계약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr) 에서 확인할 수 있습니다.
   다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
5. 특약의 갱신 관련 용어
   가. 최초계약: 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
   나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제13조의3(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
   다. 갱신일: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2 [특약의 보험기간]

① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 합니다.
② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 3년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2조의3 ["입원"의 정의와 장소]
이 특약에 있어서"입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 질병 및 재해분류표(별표2 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조의4 [특약의 보장개시일]
이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

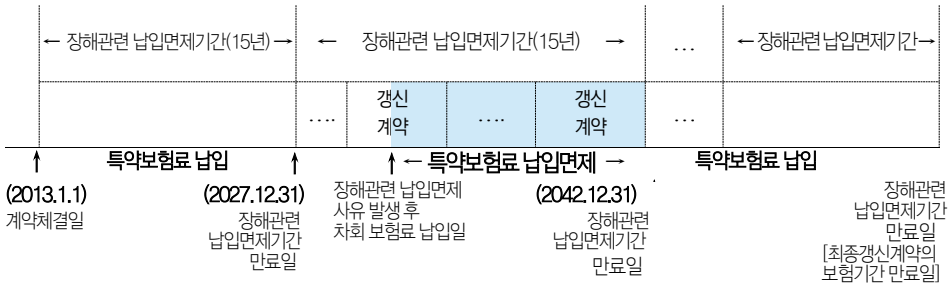
제 2 관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해분류표(별표2 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 입원보험금(별표1"보험금 지급기준표"참조)을 지급합니다.

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]
① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우(단, 주계약이 유효한 경우에 한합니다)에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다
⑤ 「장해관련 납입면제기간」은 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'을 주기로 하며, 「장해관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해관련 납입면제기간」으로 합니다.

<장해관련 납입면제기간 예시>

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



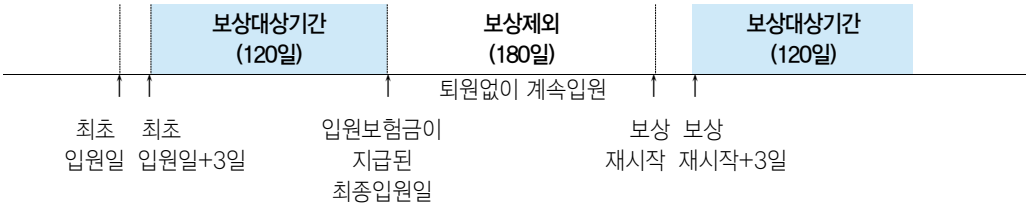
⑥ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑦ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 입원보험금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.

⑧ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제7항을 적용합니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 입원보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.

<보상기간 예시>



⑩ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 입원보험금의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제7항에 따라 계속 입원보험금을 지급합니다.

⑪ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑫ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑬ 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑭ 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해 지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑮ 제13항 및 제14항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내) 에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑯이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑰제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표4 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
⑱제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑲제18항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표4 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑳장해분류표(별표4 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표4 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
㉑제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병 또는 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 입원보험금을 지급합니다.
㉒보험수익자와 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)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
㉓계약자와 회사가 제3항 및 제4항의 보험료 납입면제에 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 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]
회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 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 지급사유 또는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
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 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(입원증명서, 장해진단서, 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 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.

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 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 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) 제22항 및 제23항에 따라 보험금 지급사유 등에 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 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 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, 진단특약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

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 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단특약의 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. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 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 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유발생에 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 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)특약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)특약을 최초계약으로 봅니다].

제12조 [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 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써

주계약에 부가하여 이루어집니다.
② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 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 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 최초계약의 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑦ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]
① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제13조의3 [특약의 갱신]
① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 「주계약의 보험기간[다만, 주계약 체결시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간, 이하 같습니다] 만료일」로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 합니다.
③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우

2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)"에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑥ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑦ 제6항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제14조 [특약의 무효]

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 [특약의 소멸]

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(해지환급금을 받지 않은 경우에는 해지환급금이 없는 경우 또는 보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우를 포함하며, 이하 같습니다)

나. 제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사

가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉 주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제2호의"사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제7조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 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 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 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 계약을 준용합니다.

② 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

④ 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료

를 납입하여야 한다는 내용

2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

⑤ 회사가 제4항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 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 제4항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

⑥ 제2항 및 제4항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

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

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당되었을 때 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

1. 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)
2. 주계약 약관에서 정하는 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간 종료일까지 남은 기간이 1개월 이상인 경우(주계약의 보험료 납입기간 이후 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에 한합니다)

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

⑤ 제1항에서 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약을 청약할 때 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제20조 [계약자의 임의해지]

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

제21조 [중대사유로 인한 해지]

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우

2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표

– 입원보험금(약관 제3조)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해분류표(별표2 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때
지급금액	– 최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 3일 초과 입원시 최초 3일을 제외한 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.1% (1회 입원당 120일 한도)
	– 최초계약의 계약일부터 1년 이내(재해로 인하여 발생한 입원보험금의 경우) : 3일 초과 입원시 최초 3일을 제외한 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.1% (1회 입원당 120일 한도)
	– 최초계약의 계약일부터 1년 이내(재해 이외의 원인으로 인하여 발생한 입원보험금의 경우) : 3일 초과 입원시 최초 3일을 제외한 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.05% (1회 입원당 120일 한도)

㈜ 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 「계약일부터 1년 이내(계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)」의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

별표2

질병 및 재해 분류표

1. 질병 및 재해의 정의

이 보험약관에서 질병 및 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 한국표준질병 · 사인분류 상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 감염병(콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, A형간염)

2. 질병 및 재해에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당되지 않습니다.

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
⑧ 고의적 자해로 인한 경우 [단, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서의 자해는 제외]

㈜ 1. ( ) 안은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 상의 분류번호이며, 제8차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함되는 것으로 합니다.
2. 감염병에 관한 법률이 제 · 개정될 경우, 보험사고 발생당시 제 · 개정된 법률을 적용합니다.

별표 3 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표 4 장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표5 **보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제7조 제2항 및 제22조 제2항 관련)**

구 분	기 간	적립이율
입원보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

㈜ 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

3. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

신수술보장특약N(갱신형,무배당) 약관

※ 이 특약의 갱신주기는 3년으로 합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 [용어의 정의]

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

1. 특약관계 관련 용어
   - 가. 계약자: 회사와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   - 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   - 다. 보험증권: 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   - 라. 진단특약: 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.
   - 마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   - 가. 수술 보장 대상 질병 및 재해: (별표2) 수술 보장 대상 질병 및 재해 분류표에서 정한 질병 및 재해를 말합니다.
   - 나. 재해: (별표3) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   - 다. 장해: (별표4) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   - 라. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   - 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   - 나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 최초계약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr) 에서 확인할 수 있습니다.
   - 다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   - 가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   - 나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, "관공서의 공휴일에 관한 규정"에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
5. 특약의 갱신 관련 용어
   - 가. 최초계약: 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
   - 나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제13조의4(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
   - 다. 갱신일: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2 [특약의 보험기간]

① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제13조의4(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 3년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2조의3 ["수술" 의 정의와 장소]

① 이 특약에 있어서 "수술"이라 함은 의사 또는 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 하며, 한의사는 제외합니다)가 피보험자의 "수술 보장 대상 질병 및 재해(별표2 참조)"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원(이하 "병원" 이라 합니다)에서 의사의 관리하에 "1~7종 수술분류표(별표1 참조)에서 정한 수술코드(이하 "수술코드"라 합니다)"에 해당하는 행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항의 "수술코드"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 "KDRG"체계로 분류되는 경우에 부여하는 "ADRG" 중 회사가 정한 코드를 말하며, 이에 대한 세부적인 내용은 아래 설명 박스에 기재되어 있습니다.

설명	• "KDRG(Korean Diagnosis Related Group)"라 함은 건강보험심사평가원에서 개발 · 관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다. • "ADRG(Adjacent DRG)"라 함은 KDRG의 분류과정 중에서 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)에 따라 입원환자를 분류한 다음 그 환자가 수술을 받았는지 여부에 따라 "외과계 그룹"과 "내과계 그룹"으로 분류한 후 시술명, 진단명 등에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다. **〈 1~7종 수술분류표(별표1 참조)상 수술코드 설명 예시 〉** ※"A010_4.2(간이식)"의 경우 아래의 ①과 ②가 결합되어 있는 수술코드입니다. ① A010 : 간이식에 대한 ADRG, ② 4.2 : KDRG 버전4.2(2018.1.1 시행)

③ 제2항의 "수술코드"에서 향후 "ADRG"의 개정으로 동일한 수술에 대해 수술코드가 변경되는 경우 이 특약 체결시점에서 정한 수술코드를 따릅니다. 다만, 이 특약 체결시점 이후 "ADRG"가 신규 추가되는 경우 회사는 1~7종 수술분류표(별표1 참조)의 구분에 준하여 수술코드를 결정합니다.

설명	· 예를 들어, 특약 체결시점에 간이식에 해당하는 수술코드는 "A010_4.2"이였으나, 피보험자가 간이식 수술을 받은 시점의 수술코드가 "A080_5.0"으로 변경된 경우에도 회사는 "A010_4.2"에 해당하는 간이식 수술보험금을 지급합니다. · 회사는 피보험자가 수술받은 시점의 "주진단 범주(MDC)와 시술명"을 이 특약 체결시점의 "KDRG" 기준에 적용합니다. · 신의료수술 도입 등의 이유로 "ADRG"가 신규 추가되고 피보험자가 그 수술을 받은 경우 회사는 주진단 범주(MDC)와 시술명을 확인한 후 이 특약 체결시점에 정한 수술코드를 기준으로 보험금을 지급합니다.

④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특약 체결시점에서 급여항목으로 분류된 수술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술은 보장에서 제외됩니다.

⑤ 제3항 및 제4항의 "이 특약 체결시점"은 제13조의5(특약의 재가입에 관한 사항)에서 정한 재가입형태에 따라 다음 각 호에서 정한 바에 따릅니다.

1. 계약자가 재가입전 특약과 동일한 가입조건으로 재가입하는 경우 : 이 특약의 최초가입 시점
2. 계약자가 재가입전 특약과 다른 가입조건의 새로운 특약으로 재가입하는 경우 : 새로운 특약으로 재가입하는 시점

⑥제1항의 "수술"은 [건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2015-240호, 2015. 12. 29)] 제2부(행위 급여 목록 · 상대가치점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치

료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy) 및 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료는 "수술"에 포함하여 보장합니다.

설명	[건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수]는 보건복지부가 고시한 바에 따릅니다.

제2조의4 ["입원" 의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 "입원"이라 함은 의사가 수술 보장 대상 질병 및 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조의5 [특약의 보장개시일]

이 특약의 제13조의5(특약의 재가입에 관한 사항)에서 정한 최초가입에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 최초(갱신)계약의 경우는 최초(갱신)계약일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

① 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2조의4("입원"의 정의와 장소)에서 정한 입원을 하고 제2조의3("수술"의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받고 퇴원하였을 경우 보험수익자에게 수술종류에 따라 다음과 같이 수술보험금을 지급합니다. 다만, 1회의 입원당 1회의 수술에 한하여 보장하며, 하나의 수술코드당 보험연도 기준 연1회에 한하여 보장합니다.

수술종류	지 급 액(수술1회당)
1종 수술	특약보험가입금액의 1%
2종 수술	특약보험가입금액의 2%
3종 수술	특약보험가입금액의 3%
4종 수술	특약보험가입금액의 5%
5종 수술	특약보험가입금액의 10%
6종 수술	특약보험가입금액의 30%
7종 수술	특약보험가입금액의 50%

② 제1항의 "보험연도"는 당해연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말하며, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

설명	**<보험연도 계산 예시>** 보험계약일이 2016년 4월 1일인 경우 보험연도는 4월 1일부터 차년도 3월 31일까지 1년이 됩니다.

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

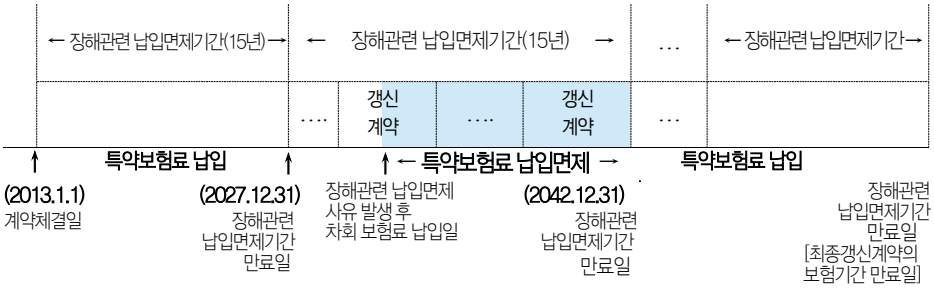
① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우(단, 주계약이 유효한 경우에 한합니다)에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않으며,

계약자가 제13조의5(특약의 재가입에 관한 사항)에 따라 이 특약을 재가입하는 경우에는 보험료를 납입하여야 합니다.
③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 계약자가 제13조의5(특약의 재가입에 관한 사항)에 따라 이 특약을 재가입하는 경우에는 보험료를 납입하여야 합니다.
④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
⑤ 「장해관련 납입면제기간」은 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'을 주기로 하며, 「장해관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제13조의4(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해관련 납입면제기간」으로 합니다.

<장해관련 납입면제기간 예시>

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



⑥ 제3조(보험금 지급사유)에서 피보험자가 1회의 입원 중 2가지 이상의 수술을 받고 퇴원하더라도 피보험자의 퇴원일을 기준으로 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한해 수술보험금을 지급합니다.

설명	· "ADRG"는 1회의 입원기간 중 2가지 이상의 수술을 받더라도 "KDRG"에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다.

⑦ 피보험자가 동일한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 병원을 이전하여 입원하거나 동일한 병원에 재입원하는 경우 새로운 입원으로 보고 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.
⑧ 이 특약의 보험기간이 만료되더라도 피보험자가 계속 중인 입원 중에 이 특약의 보험기간 만료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 만료일은 제외합니다)에서 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
⑨ 제8항에서 계약자가 제13조의5(특약의 재가입에 관한 사항)에 따라 재가입하는 경우 제8항에서 정한 180일이 지난 이후부터는 재가입 약관에서 정한 바에 따라 보장합니다.
⑩ 제6항에도 불구하고 진료비 세부내역서 등을 통해 피보험자가 유방재건술(수술코드상 J051 또는 J052, 이하동일)과 유방절제술(수술코드상 J061 또는 J062를 말하며, J063은 제외, 이하동일)을 동시에 받은 것으로 확인되는 경우 회사는 유방재건술이 아니라 유방절제술에 해당하는 수술코드가 발생한 것으로 보아 해당 수술보험금만 지급합니다. 다만, 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험연도 기준으로 그 수술코드(유방절제술)로 지급받은 보장횟수가 연 1회를 초과하는 경우에는 해당 수술보험금을 지급하지 않습니다.

설명	· 피보험자가 입원을 하고 유방재건술(J051)과 유방절제술(J061)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 “ADRG”는 유방재건술(J051)입니다. 다만, 이 경우 회사는 제10항에 따라 유방재건술(J051)에 해당되는“3종 수술보험금”이 아니라 유방절제술(J061)에 해당하는 “6종 수술보험금”을 지급합니다.

⑪ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 입원하고 수술한 후 퇴원시 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단 범주(MDC)와 시술명 등으로 이 특약에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제2조의3(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 수술에 포함하여 보장합니다.

⑫ 제11항에서 해당 입원기간 동안 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술을 받은 경우 회사는 이 수술코드에 해당하는 수술보험금과 제11항의 수술코드에 해당하는 수술보험금을 각각 지급합니다.

⑬ “단순 자궁 수술(악성종양 제외)[수술코드 N031, N032]”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우에 해당되나, 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에 서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑭ 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑮ 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑯제14항 및 제15항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑰이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑱제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표4 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑲제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(별표4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑳제19항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표4 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉑이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

㉒장해분류표(별표4 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표4 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

㉓보험수익자와 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)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

㉔계약자와 회사가 제3항 및 제4항의 보험료 납입면제에 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 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 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 지급사유 또는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
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 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진료비 세부내역서(급여 수가코드(EDI코드 포함)), 수술증명서, 입퇴원확인서, 진료비계산서, 진단서(진단명, 진단코드, 수술명 포함), 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등]
   [단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 회사양식의 "급여수가코드(EDI코드 포함) 확인서"에 해당 내용을 작성하여 제출해야 합니다]

설명	· 급여수가코드는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 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 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 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 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 보험

금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제23항 및 제24항에 따라 보험금 지급사유 등에 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 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

⑦ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있습니다.

제8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 경우에는 건강 진단할 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, 진단특약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

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 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단특약의 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. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았 거나 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 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 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 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)특약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)특약을 최초계약으로 봅니다].

제12조 [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 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 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 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

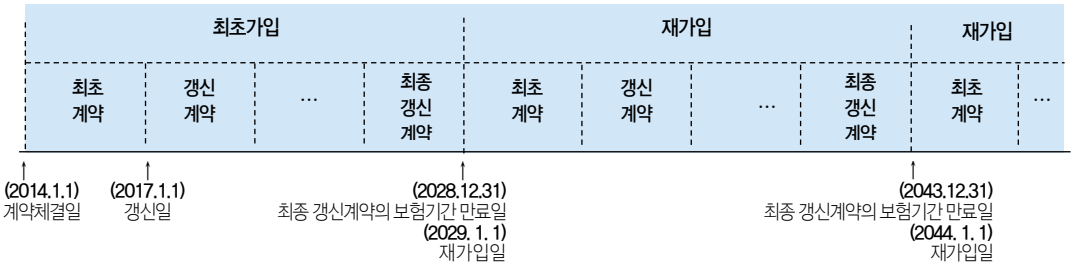
⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 최초계약의 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)

와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑦ 이 약관 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑧ 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우 "최초가입"이라 합니다.
⑨ 제13조의2(보장내용 변경주기)에서 정한 보장내용 변경주기 만료 후 제13조의5(특약의 재가입에 관한 사항)에 따라 특약이 성립되는 경우 "재가입"이라 합니다.

〈최초가입/재가입 예시〉

※계약일 2014년 1월 1일

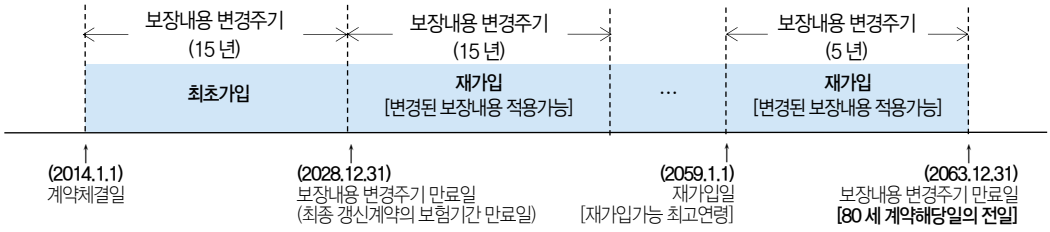


제13조의2 [보장내용 변경주기]

① 이 특약의 보장내용 변경주기란 특약의 보장내용[보장내용 및 범위 등(이하 "보장내용"이라 합니다)]이 관련 법령, "KDRG(ADRG)"의 개정 등에 따라 변경될 수 있는 주기를 말하며 15년으로 합니다. 단, 최초(재)가입할 때 「주계약의 보험기간[다만, 주계약 체결시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간, 이하 같습니다] 만료일」 까지의 남은 기간이 15년 미만일 경우 그 남은 기간을 보장내용 변경주기로 합니다.

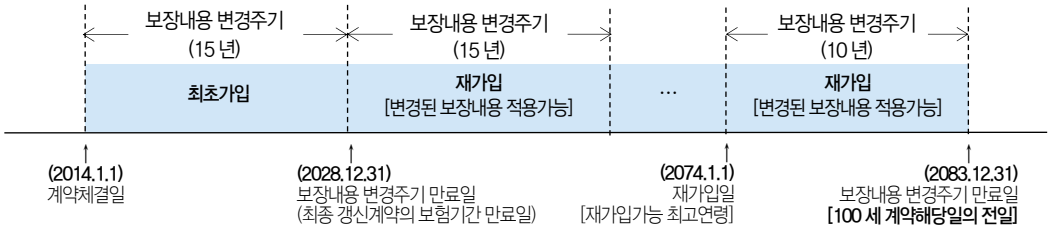
〈보장내용 변경주기 예시〉

※계약일 2014년 1월 1일, 가입나이 30세, 주계약의 보험기간이 종신, "최대 80세 갱신형"의 경우



<보장내용 변경주기 예시>

※계약일 2014년 1월 1일, 가입나이 30세, 주계약의 보험기간이 종신, “최대 100세 갱신형”의 경우



② 제1항에서 「주계약의 보험기간 만료일」은 다음 각 호에서 정한 바에 따릅니다.

1. "최대 80세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일
2. "최대 100세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일
3. 보험기간이 추가되는 경우에는 주계약 체결시점에 계약자가 선택한 주계약의 보험기간(추가되는 보험기간 제외) 만료일. 다만, 주계약의 보험기간이 종신까지 추가되는 경우에는 “최대 80세 갱신형”은 피보험자의 80세, “최대 100세 갱신형”은 피보험자의 100세 계약해당일의 전일
4. 주계약이 갱신형보험인 경우 주계약의 최종 갱신계약 보험기간

③ 보장내용 변경주기 만료일은 「최초(재)가입나이 + 보장내용 변경주기」세 계약해당일의 전일로 합니다.

제13조의3 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제13조의4 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 「최초(재)가입나이 + 보장내용 변경주기」세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지할 경우

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)"에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑥ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑦ 제6항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제13조의5 [특약의 재가입에 관한 사항]

① 회사는 최초가입시 계약자에게 보장내용 변경주기 만료일 이후 재가입할 때 인수조건(재가입가능 최고연령 등)을 설명해야 하고, 이 특약의 재가입 시점에 관련 법령, "KDRG(ADRG)"의 개정 등에 따라 보장내용이 변경될 수 있음을 안내합니다. 특히, 재가입 시점에 보장내용이 축소될 수 있음을 안내합니다.

② 특약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 보장내용 변경주기 만료일까지 재가입 의사를 표시한 경우에 한하여 회사가 정한 절차에 따라 계약자는 보장내용 변경주기 만료일의 다음 날로 재가입 할 수 있습니다.
1. 재가입일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 최초가입 당시 사업방법서에서 정한 나이의 범위 내일 것
2. 재가입 전 특약의 보험기간 만료일까지 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

③ 재가입을 하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 수술보장특약(단, 이 특약에서 정한 수술코드와 유사한 체계(ADRG 기준)를 갖는 특약을 말하며, 판매하는 유사특약(ADRG 기준)이 없는 경우 최종 판매했던 특약(ADRG 기준)을 말합니다)으로 가입을 할 수 있습니다. 다만, 이 경우 회사는 재가입시점의 인수 기준에 따라 승낙 또는 승낙 거절을 할 수 있습니다.

④ 제3항에 따라 회사가 승낙 거절을 한 경우에 한하여 계약자는 재가입 직전 특약과 동일한 보장내용의 특약으로 재가입이 가능합니다.

⑤ 재가입특약의 보험료는 재가입일(갱신계약의 경우는 갱신일) 현재 피보험자의 나이와 재가입시(갱신계약의 경우는 갱신시)의 기초율을 적용하여 계산합니다. 이때, 보험나이 증가, 기초율의 변경 및 재가입시 보장내용 등의 변경에 따라 재가입시(갱신계약의 경우는 갱신시) 보험료가 변경(특히, 인상) 될 수 있습니다.

⑥ 회사는 재가입전 특약의 보험기간 만료일 30일 이전까지 2회 이상에 걸쳐 계약자에게 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하며, 재가입일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 재가입하지 않는 것으로 봅니다. 다만, 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 않은 경우는 다시 안내합니다.

⑦ 회사가 제6항에 따른 안내를 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 같은 법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제4항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

제14조 [특약의 무효]

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 [특약의 소멸]

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(해지환급금을 받지 않은 경우에는 해지환급금이 없는 경우 또는 보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우를 포함하며, 이하 같습니다)

나. 제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명	**〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉** 주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금

지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제7조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 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 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제18조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

① 최초가입시 최초계약의 제2회부터의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약 및 재가입시 최초계약의 제1회부터의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

② 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

④ 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

⑤ 회사가 제4항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 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 제4항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑥ 제2항 및 제4항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

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

다.
② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 제1항에도 불구하고 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당되었을 때 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

1. 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)
2. 주계약 약관에서 정하는 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간 종료일까지 남은 기간이 1개월 이상인 경우(주계약의 보험료 납입기간 이후 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에 한합니다)

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.
⑤ 제1항에서 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약을 청약할 때 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제20조 [계약자의 임의해지]
계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]
① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조 [해지환급금]
① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항

제23조 [주계약 약관의 준용]
이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

1~7종 수술 분류표

이 특약의 약관에서 규정하는 수술코드는 다음에서 정한 수술코드를 말합니다.

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
간 이식	간 이식	A010_4.2	7
폐 이식	폐 이식	A020_4.2	7
심장 이식	심장 이식	A030_4.2	7
췌장 이식	췌장 이식	A040_4.2	7
소장 이식	소장 이식	A050_4.2	7
조혈모세포 이식	조혈모세포 이식, 동종이식	A061_4.2	7
	조혈모세포 이식, 자가이식	A062_4.2	7
신장 이식	신장 이식	A070_4.2	7
체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	A080_4.2	5
기관 절개술	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 장기 사용	A091_4.2	1
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 단기 사용	A092_4.2	1
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 미사용	A093_4.2	1
	기관 절개술(「안면, 구강, 경부 장애」 제외), 인공호흡기 장기 사용	A094_4.2	1
	기관 절개술(「안면, 구강, 경부 장애」 제외), 인공호흡기 단기 사용	A095_4.2	1
	기관 절개술(「안면, 구강, 경부 장애」 제외), 인공호흡기 미사용	A096_4.2	1
사지 이식	사지 이식	A100_4.2	7
뇌동맥류 수술	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B011_4.2	7
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B012_4.2	7
	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B013_4.2	7
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B014_4.2	7
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 동반)	B015_4.2	5
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 미동반)	B016_4.2	5
	뇌동맥류 복합 수술(뇌졸중 동반)	B017_4.2	7
	뇌동맥류 복합 색전술(뇌졸중 동반)	B018_4.2	5
뇌혈관 수술	두개내 혈관 수술(뇌졸중 동반)	B021_4.2	7
	두개내 혈관 수술(뇌졸중 미동반)	B022_4.2	7
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 동반)	B023_4.2	5
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 미동반)	B024_4.2	5
	경피적 뇌혈관 수술(협착.폐쇄 및 혈전제거 동시의 경우)	B025_4.2	5
	경피적 뇌혈관 수술(협착 및 폐쇄의 경우)	B026_4.2	5
	경피적 뇌혈관 수술(혈전제거의 경우)	B027_4.2	5
혈종제거술 및 기타 개두술(외상 제외)	혈종제거술(외상 제외)	B031_4.2	7
	두개내 감압술(외상 제외)	B032_4.2	7
	두개골 성형술(외상 제외)	B033_4.2	7

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
두개외 혈관수술	두개외 혈관수술(뇌졸중 동반)	B041_4.2	4
	두개외 혈관수술(뇌졸중 미동반)	B042_4.2	4
	경피적 두개외 혈관수술	B043_4.2	4
뇌기저부 수술	뇌기저부 수술	B050_4.2	7
뇌종양 절제술	복잡 천막상부 종양절제술	B061_4.2	7
	단순 천막상부 종양절제술	B062_4.2	7
	복잡 천막하부 종양절제술	B063_4.2	7
	단순 천막하부 종양절제술	B064_4.2	7
	경피적 뇌신경계 종양 수술	B065_4.2	5
	경비적 뇌하수체 종양 절제술	B066_4.2	7
신경계 신경자극기 설치술	신경계 신경자극기 설치술	B070_4.2	6
뇌전증 수술	뇌전증 수술(전극삽입술 시행)	B081_4.2	6
	뇌전증 수술(전극삽입술 미시행)	B082_4.2	6
정위수술	중추신경계 정위수술(뇌종양 및 기타 병소발생술)	B091_4.2	5
	중추신경계 정위수술(두개내 출혈)	B092_4.2	5
	뇌정위 방사선 수술(두개내 출혈 및 뇌혈관기형)	B093_4.2	5
	뇌정위 방사선 수술(양성 뇌종양)	B094_4.2	5
	뇌정위 방사선 수술(기타)	B095_4.2	5
	중추신경계 체부 정위 방사선 수술	B096_4.2	5
뇌신경 수술	뇌신경 수술	B100_4.2	5
뇌척수액 우회로조성술	뇌척수액 우회로조성술	B110_4.2	4
외상 개두술	혈종제거술(외상 관련), 경막외 출혈	B121_4.2	6
	혈종제거술(외상 관련), 경막하 출혈	B122_4.2	6
	혈종제거술(외상 관련), 기타 뇌내 출혈	B123_4.2	6
	두개내 감압술(외상 관련)	B124_4.2	7
	두개골 성형술(외상 관련)	B125_4.2	7
기타 개두술	기타 개두술	B130_4.2	6
천두술	천두술(경막하 또는 경막외)	B141_4.2	4
	천두술(뇌내)	B142_4.2	4
	천두술(기타)	B143_4.2	4
척추강내 병소절제술	척수내 종양절제술	B151_4.2	5
	척수강내 병소절제술(척수병증 동반)	B152_4.2	5
	척수강내 병소절제술(척수병증 미동반)	B153_4.2	5
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	B154_4.2	5
척추변형 척추고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	B161_4.2	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	B162_4.2	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	B163_4.2	5
기타 척추 수술	척추고정술(척수병증 동반)	B171_4.2	4
	척추고정술(척수병증 미동반)	B172_4.2	4
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	B173_4.2	2
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	B174_4.2	2
	기타 척추 수술(척수병증 동반)	B175_4.2	1
	기타 척추 수술(척수병증 미동반)	B176_4.2	1
척추 중재시술	척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	B181_4.2	1
	척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	B182_4.2	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
신경조절술 및 척수강내 약물주입 펌프이식술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	B191_4.2	3
	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	B192_4.2	1
기타 신경계 수술	주요 말초 및 뇌 신경 수술	B201_4.2	1
	기타 말초 및 뇌 신경 수술	B202_4.2	1
	수근관 이완술	B203_4.2	1
	기타 근육, 건 및 인대 이완술	B204_4.2	1
	기타 신경계 수술	B205_4.2	1
복잡 척추수술	복잡 척추고정술	B211_4.2	4
	복잡 척추후궁절제술	B212_4.2	2
안부 관통상 수술	복잡 안부 관통상 수술	C011_4.2	1
	전안부 관통상 수술(수정체 수술 동반)	C012_4.2	1
	전안부 관통상 수술(수정체 수술 미동반)	C013_4.2	1
	후안부 관통상 수술	C014_4.2	1
안와 수술	복잡 안와 수술, 한쪽	C021_4.2	2
	복잡 안와 수술, 양쪽	C022_4.2	2
	단순 안와 수술	C023_4.2	2
안구 수술(종양 수술 포함)	안구 수술(종양 수술 포함)	C030_4.2	2
망막 및 유리체 수술	망막 및 유리체 수술(수정체 수술 동반)	C041_4.2	2
	망막 및 유리체 수술(수정체 수술 미동반)	C042_4.2	2
안구 표면재건술	주요 각막이식수술	C051_4.2	2
	기타 각막이식수술	C052_4.2	2
	공막 및 각막윤부이식수술	C053_4.2	2
수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C061_4.2	1
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C062_4.2	1
	주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C063_4.2	1
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C064_4.2	1
수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C071_4.2	1
	기타 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C072_4.2	1
	수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C073_4.2	1
후발성 백내장 수술	후발성 백내장 수술	C080_4.2	1
녹내장 수술	복잡 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C091_4.2	2
	복잡 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C092_4.2	2
	단순 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C093_4.2	2
	단순 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C094_4.2	2
기타 안구내 수술	기타 주요 안구내 수술	C101_4.2	1
	기타 단순 안구내 수술	C102_4.2	1
사시 수술	복잡 사시 수술	C111_4.2	1
	단순 사시 수술	C112_4.2	1
안검 수술	복잡 안검 수술, 제 1 형	C121_4.2	1
	복잡 안검 수술, 제 2 형	C122_4.2	1
	복잡 안검 수술, 제 3 형	C123_4.2	1
	주요 안검 수술, 제 1 형	C124_4.2	1
	주요 안검 수술, 제 2 형	C125_4.2	1
	주요 안검 수술, 제 3 형	C126_4.2	1
	기타 안검 수술	C127_4.2	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
눈물길 수술	복잡 눈물길 수술	C131_4.2	1
	주요 눈물길 수술, 한쪽	C132_4.2	1
	주요 눈물길 수술, 양쪽	C133_4.2	1
	기타 눈물길 수술(경비내시경 포함)	C134_4.2	1
결막 수술	결막낭 재건술	C141_4.2	1
	복잡 결막 수술	C142_4.2	1
	단순 결막 수술	C143_4.2	1
기타 안구외 수술	기타 안구외 수술	C150_4.2	1
내이 수술	귀 이식술	D011_4.2	5
	주요 내이 수술	D012_4.2	3
	단순 내이 수술	D013_4.2	2
중이 및 유양돌기 수술	고실유양돌기 수술	D021_4.2	2
	유양돌기 수술	D022_4.2	2
	고실 수술	D023_4.2	2
	이소골 재건술	D024_4.2	2
	등골 수술	D025_4.2	2
	환기관삽입 고막절개술	D026_4.2	2
외이 및 귀 수술	주요 외이 및 귀 수술	D031_4.2	1
	단순 외이 및 귀 수술	D032_4.2	1
귀 및 코의 악성종양 수술	귀 및 두개저 악성종양 수술	D041_4.2	6
	비강, 부비동, 비인강 악성종양	D042_4.2	6
부비동 개방 수술	부비동 개방 수술(한 개, 한쪽)	D051_4.2	1
	부비동 개방 수술(한 개, 양쪽)	D052_4.2	1
	부비동 개방 수술(여러 개, 한쪽)	D053_4.2	1
	부비동 개방 수술(여러 개, 양쪽)	D054_4.2	1
내시경을 이용한 부비동 수술	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 한쪽)	D061_4.2	1
	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 양쪽)	D062_4.2	1
	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D065_4.2	1
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D066_4.2	1
	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D067_4.2	1
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D068_4.2	1
코 수술	주요 코 수술	D081_4.2	1
	비중격 및 비갑개수술	D082_4.2	1
	단순 코 수술	D083_4.2	1
구강 및 타액선 악성종양 수술	구강 및 타액선 악성종양 수술	D090_4.2	6
후두 및 인두 악성종양 수술	주요 후두 및 인두 악성종양 수술(경동맥소체 포함)	D101_4.2	6
	단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102_4.2	6
경부림프절절제술	경부림프절절제술, 한쪽	D111_4.2	4
	경부림프절절제술, 양쪽	D112_4.2	4
안면골 수술	악관절 수술	D121_4.2	2
	주요 안면골 수술	D122_4.2	2
	단순 안면골 수술	D123_4.2	2
두경부 재건술	두경부 재건술	D130_4.2	2

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
타액선 수술	이하선수술	D141_4.2	2
	악하선 및 설하선 수술	D142_4.2	2
	기타 타액선 수술	D143_4.2	1
	타석 제거술	D144_4.2	1
경부 수술	경부 수술	D150_4.2	1
편도 및 아데노이드 수술	주요 편도 및 아데노이드 수술	D161_4.2	1
	단순 편도 및 아데노이드 수술	D162_4.2	1
구강, 인후두 수술	주요 구강 및 인두, 후두 수술	D171_4.2	1
	단순 구강 및 인두, 후두 수술	D172_4.2	1
기타 이비인후, 구강 질환 수술	기타 이비인후, 구강 질환 수술	D200_4.2	1
주요 흉부 수술	기관 및 기관지 수술	E011_4.2	6
	주요 폐 수술(악성종양의 경우)	E012_4.2	6
	주요 폐 수술(악성종양 제외)	E013_4.2	6
	기타 폐 수술	E014_4.2	6
	종격동 수술	E015_4.2	6
	주요 흉곽 수술	E016_4.2	6
	기타 흉곽 수술	E017_4.2	3
	흉강경을 이용한 주요 수술	E018_4.2	6
	흉강경을 이용한 기타 수술	E019_4.2	6
기관지경 및 방사선하 수술	기관지경 및 방사선하 수술	E020_4.2	2
기타 호흡기계 수술	수면무호흡증후군 수술	E032_4.2	1
	호흡기계 기타 단순 수술	E033_4.2	1
	기타 호흡기계 수술	E034_4.2	1
폐농양 배액술	폐농양 배액술	E520_4.2	1
흉막삼출 배액술	흉막삼출 배액술	E530_4.2	1
자동체내제세동기 설치술 또는 교환술	자동체내제세동기 설치술	F011_4.2	5
	자동체내제세동기 교환술	F012_4.2	5
심장판막 수술(심도자술 사용)	대동맥판 수술(심도자술 사용)	F021_4.2	7
	승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 사용)	F022_4.2	7
	폐동맥판 수술(심도자술 사용)	F023_4.2	7
심장판막수술(심도자술미사용)	대동맥판 수술(심도자술 미사용)	F031_4.2	7
	승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 미사용)	F032_4.2	7
	폐동맥판 수술(심도자술 미사용)	F033_4.2	7
관상동맥 우회로 조성술	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 사용)	F041_4.2	7
	관상동맥우회로 조성술(심도자술미사용, 인공심장폐장치 사용)	F042_4.2	7
	관상동맥우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 미사용)	F043_4.2	7
	관상동맥우회로 조성술(심도자술미사용, 인공심장폐장치미사용)	F044_4.2	7
기타 심흉부 수술	심장 중격결손증 수술	F051_4.2	7
	기타 복잡 심장 기형 교정술	F052_4.2	7
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 사용)	F053_4.2	6
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 미사용)	F054_4.2	5
주요 혈관 복구 수술 (인공심장폐장치 사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F061_4.2	7
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F062_4.2	7
	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	F063_4.2	7

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
주요 혈관복구 수술 (인공심장폐장치 미사용)	파열동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F071_4.2	7
	비파열동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F072_4.2	7
	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	F073_4.2	6
대동맥 경피적 수술	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 미동반)	F081_4.2	4
	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 동반)	F082_4.2	4
	흉부대동맥류 경피적 수술	F083_4.2	4
	대동맥박리 경피적 수술	F084_4.2	4
정맥 및 대정맥 경피적 수술	심부정맥혈전증 경피적 수술	F091_4.2	4
	대정맥 필터설치를 위한 경피적 수술	F092_4.2	4
경도관 심장 결손 폐쇄술	경도관 심방중격결손 폐쇄술	F101_4.2	4
	경도관 동맥관개존증 폐쇄술	F102_4.2	4
	기타 경도관 심장 결손 폐쇄술	F103_4.2	4
급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술 (심각한 합병증 동반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 단일혈관)	F111_4.2	4
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 다발혈관)	F112_4.2	4
급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술 (심각한 합병증 미동반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 단일혈관)	F121_4.2	4
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 다발혈관)	F122_4.2	4
급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술 (단일혈관)	F131_4.2	4
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술 (다발혈관)	F132_4.2	4
부정맥의 경피적 수술 (3 차원 지도화 기능 포함)	심실빈맥 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 포함)	F141_4.2	4
	심방세동 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 포함)	F142_4.2	4
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술 (3 차원 지도화 기능 포함)	F143_4.2	4
부정맥의 경피적 수술 (3 차원 지도화 기능 미포함)	심실빈맥 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 미포함)	F151_4.2	4
	심방세동 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 미포함)	F152_4.2	4
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술 (3 차원 지도화 기능 미포함)	F153_4.2	4
경피적 풍선 판막성형술	경피적 풍선 판막성형술(심방중격 천자 동반)	F161_4.2	4
	경피적 풍선 판막성형술(심방중격 천자 미동반)	F162_4.2	4
혈관 기형의 경피적 수술	동정맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F181_4.2	4
	관상동맥 및 폐동맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F182_4.2	4
말초동맥의 경피적 수술	말초동맥 색전증 및 혈전증의 경피적 수술	F192_4.2	4
	말초동맥 동맥류 및 박리의 경피적 수술	F193_4.2	4
	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 여러 개	F194_4.2	4
	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 한 개	F195_4.2	4
기타 경피적 심혈관 수술	기타 경피적 심혈관 수술	F200_4.2	4
체내 심박조율기 설치술 (급성 심근경색증, 심부전, 쇼크의 경우)	영구적 심박조율기 설치술	F211_4.2	5
	영구적 심박조율기 교환술	F212_4.2	5
	심박조율기 제거 및 전환술	F213_4.2	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
기타 혈관 복구 수술	기타 혈관 복구 수술	F220_4.2	2
순환장애 절단술(수족부 제외)	순환 장애 절단술(수족부 제외)	F230_4.2	6
순환 장애 수족부 절단술	순환 장애 수족부 절단술	F240_4.2	3
정맥 결찰 및 스트리핑	정맥류 광범위 절제술	F251_4.2	1
	정맥류 국소 절제술	F252_4.2	1
기타 순환기계 수술	기타 순환기계 수술	F260_4.2	1
식도 수술	식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011_4.2	6
	기타 주요 식도 수술	G012_4.2	5
	기타 단순 식도 수술	G013_4.2	4
직장절제술 (림프절절제 동반)	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 동반)	G021_4.2	6
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 동반)	G022_4.2	6
직장절제술 (림프절절제 미동반)	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G031_4.2	6
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G032_4.2	6
경항문 및 경천골 접근 직장절제술	경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경우)	G041_4.2	6
	경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양 제외)	G042_4.2	6
주요 십이지장 수술	주요 십이지장 수술	G050_4.2	6
식도 정맥류 수술	식도 정맥류 수술	G060_4.2	5
위전절제술	복강경을 이용한 위전절제술	G071_4.2	6
	개복에 의한 위전절제술	G072_4.2	6
위아전절제술	복강경을 이용한 위아전절제술	G081_4.2	6
	개복에 의한 위아전절제술	G082_4.2	6
기타 위절제술	복강경을 이용한 기타 위절제술	G091_4.2	5
	개복에 의한 기타 위절제술	G092_4.2	5
	복강경을 이용한 기타 설상절제술	G093_4.2	5
	개복에 의한 기타 설상절제술	G094_4.2	5
소화성 궤양 수술	복강경을 이용한 소화성 궤양 수술	G101_4.2	4
	개복에 의한 소화성 궤양 수술	G102_4.2	4
기타 위 및 식도 수술	복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술	G111_4.2	4
	개복에 의한 기타 위 및 식도 수술	G112_4.2	4
결장 및 직장 전 절제술	복강경을 이용한 결장 및 직장 전 절제술	G121_4.2	6
	개복에 의한 결장 및 직장 전 절제술	G122_4.2	6
결장절제술 (림프절절제 동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 동반)	G131_4.2	6
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 동반)	G132_4.2	6
결장절제술 (림프절절제 미동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G141_4.2	5
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G142_4.2	5
기타 대장 수술	복강경을 이용한 기타 대장 수술	G151_4.2	4
	개복에 의한 기타 대장 수술	G152_4.2	4
소장 및 장간막 수술	복강경을 이용한 주요 소장 및 장간막 수술	G171_4.2	5
	개복에 의한 주요 소장 및 장간막 수술	G172_4.2	5
	장폐색 수술 및 기타 장 수술	G173_4.2	3
장루 수술	장루 수술	G180_4.2	3
횡격막 탈장 수술	횡격막 탈장 수술	G190_4.2	4

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외 (장절제 동반)	G201_4.2	1
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외 (장절제 동반)	G202_4.2	1
	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외 (장절제 미동반)	G203_4.2	1
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외 (장절제 미동반)	G204_4.2	1
충수절제술	복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G211_4.2	3
	복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G212_4.2	3
	개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G213_4.2	3
	개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G214_4.2	3
재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G221_4.2	1
	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G222_4.2	1
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G223_4.2	1
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G224_4.2	1
서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 동반)	서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	G230_4.2	1
복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 미동반)	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 미동반), 한쪽	G241_4.2	1
	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 미동반), 양쪽	G242_4.2	1
개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단의 경우), 한쪽	G251_4.2	1
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단이 아닌 경우), 한쪽	G252_4.2	1
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G253_4.2	1
복수 항문 수술	복수 항문 수술	G260_4.2	1
치핵 수술	주요 치핵 수술	G271_4.2	1
	단순 치핵 수술	G272_4.2	1
항문 주위 농양 수술	주요 항문 주위 농양 수술	G281_4.2	1
	단순 항문 주위 농양 수술	G282_4.2	1
치루 수술	주요 치루 수술	G291_4.2	1
	단순 치루 수술	G292_4.2	1
치열 수술 및 항문협착증 수술	치열 수술 및 항문협착증 수술	G300_4.2	1
경항문 및 질접근 수술	직장 질루 수술	G311_4.2	1
	직장 탈출증 수술 및 괄약근성형술(직장류교정술 포함)	G312_4.2	1
화농성한선염 수술	화농성한선염 수술	G320_4.2	1
기타 소화기계 수술	기타 소화기계 수술	G332_4.2	1
소화기계 질환의 혈관색전술	소화기계 질환의 혈관색전술	G340_4.2	3

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
위내시경 시술 (주요 소화기 질환의 경우)	위내시경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G501_4.2	1
	위내시경 시술(주요 소화기 질환의 경우), 당일퇴원	G502_4.2	1
위내시경 시술 (주요소화기질환이아닌경우)	위내시경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G511_4.2	1
	위내시경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우), 당일퇴원	G512_4.2	1
결장경 시술	결장경 시술	G521_4.2	1
	결장경 시술, 당일퇴원	G522_4.2	1
구불결장경 시술	구불결장경 시술	G531_4.2	1
	구불결장경 시술, 당일퇴원	G532_4.2	1
소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2 일 이상	소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2 일 이상	G540_4.2	1
소장내시경 시술	소장내시경 시술	G550_4.2	1
소화관 협착을 위한 방사선하 시술	소화관 협착을 위한 방사선하 시술	G560_4.2	2
소화기계 질환의 경피적 배액술	소화기계 질환의 경피적 배액술	G570_4.2	2
간담도췌장 복합수술	간담도췌장 복합수술	H010_4.2	6
간담도 복합수술	주요 간담도 복합수술	H021_4.2	6
	기타 간담도 복합수술	H022_4.2	5
담도췌장 복합수술	담도췌장 복합수술	H030_4.2	6
간 절제술	복강경을 이용한 주요 간 절제술	H041_4.2	6
	개복에 의한 주요 간 절제술	H042_4.2	6
	복강경을 이용한 기타 간 절제술	H043_4.2	5
	개복에 의한 기타 간 절제술	H044_4.2	5
간 수술	복강경을 이용한 간 수술	H051_4.2	4
	개복에 의한 간 수술	H052_4.2	4
간담도계 질환 치료를 위한 단락술	간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060_4.2	4
담도 절제술 (림프절 절제 동반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H071_4.2	6
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H072_4.2	6
담도 절제술 (림프절 절제 미동반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H081_4.2	5
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H082_4.2	5
주요 담도 수술	복강경을 이용한 주요 담도 수술	H091_4.2	5
	개복에 의한 주요 담도 수술	H092_4.2	5
담낭절제술	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적 담낭조루술 동반)	H101_4.2	4
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H102_4.2	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H103_4.2	4
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H104_4.2	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H105_4.2	4
	개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H106_4.2	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적 담낭조루술 미동반)	H107_4.2	4
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H108_4.2	4

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
췌장절제술	복강경을 이용한 췌장절제술	H111_4.2	6
	개복에 의한 췌장절제술	H112_4.2	6
췌장 수술	복강경을 이용한 췌장 수술	H121_4.2	4
	개복에 의한 췌장 수술	H122_4.2	4
기타 간담도 및 췌장 시술	경피적 담관 시술	H141_4.2	3
	역행성담췌관내시경 시술	H142_4.2	3
	담석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	H143_4.2	1
	기타 간담도 및 췌장 수술	H144_4.2	3
	경피적 담관경 시술	H145_4.2	3
	경피적 담관시술	H146_4.2	3
간담도 및 췌장의 경피적 시술	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우)	H151_4.2	5
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양 제외)	H152_4.2	3
	담도협착 및 담석제거를 위한 경피적 시술	H153_4.2	3
	담도협착을 위한 경피적 시술	H154_4.2	3
	담석제거를 위한 경피적 시술	H155_4.2	3
출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	H500_4.2	1
경피적 고주파열치료술, 간의 악성종양의 경우	경피적 고주파열치료술, 간의 악성종양의 경우	H510_4.2	5
간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	H520_4.2	3
양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우)	I011_4.2	4
	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술 제외)	I012_4.2	3
고관절 재치환술 및 치환술	고관절 전재치환술	I021_4.2	4
	고관절 전치환술	I022_4.2	4
	고관절 부분치환술	I023_4.2	4
슬관절 재치환술 및 치환술	슬관절 전재치환술	I031_4.2	3
	슬관절 전치환술	I032_4.2	3
	슬관절 부분치환술	I033_4.2	3
기타 관절 재치환술 및 치환술	기타 관절 전재치환술	I041_4.2	2
	기타 관절 전치환술	I042_4.2	2
	기타 관절 부분치환술	I043_4.2	2
	인공관절삽입물 제거술	I044_4.2	2
혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	I050_4.2	4
척추강내 병소절제술	척수내 종양절제술	I061_4.2	5
	척수강내 병소절제술(척수병증 동반)	I062_4.2	5
	척수강내 병소절제술(척수병증 미동반)	I063_4.2	5
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	I064_4.2	5
척추변형 척추고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	I071_4.2	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	I072_4.2	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	I073_4.2	5
기타 척추 수술	척추고정술(척수병증 동반)	I081_4.2	4
	척추고정술(척수병증 미동반)	I082_4.2	4
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	I083_4.2	2

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
기타 척추 수술	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	I084_4.2	2
	기타 척추 수술(척수병증 동반)	I085_4.2	1
	기타 척추 수술(척수병증 미동반)	I086_4.2	1
척추 중재시술	척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	I091_4.2	1
	척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	I092_4.2	1
신경조절술 및 척수강내 약물주입 펌프이식술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	I101_4.2	3
	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	I102_4.2	1
절단술	주요 절단술	I111_4.2	6
	기타 절단술	I112_4.2	3
골악성종양의 광범위 절제술	골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반)	I121_4.2	6
	골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)	I122_4.2	6
	골악성종양의 광범위 절제술(기타)	I123_4.2	6
	골양성종양의 소파술 또는 절제술	I124_4.2	2
골수염 및 농양 수술	골수염 및 농양 수술(골반골, 대퇴골, 하퇴골, 상완골, 전완골, 쇄골)	I131_4.2	2
	골수염 및 농양 수술(기타)	I132_4.2	1
	근농양 배농술	I133_4.2	1
고관절 및 대퇴부 수술	양쪽 또는 복수 고관절 및 대퇴부 수술	I141_4.2	3
	한쪽 고관절 및 대퇴부 수술	I142_4.2	2
사지 절골술 및 체외금속 고정술	사지 절골술 및 체외금속고정술	I150_4.2	1
상완골, 경골 및 비골 수술	상완골, 경골 및 비골 수술	I160_4.2	2
단단성형술	단단성형술(수족지 제외)	I171_4.2	2
	단단성형술(수족지)	I172_4.2	2
견부 수술	회전근개 수술	I181_4.2	1
	관절와순 수술	I182_4.2	1
	복수 진단 견부 수술	I183_4.2	1
	기타 견부 수술	I184_4.2	1
슬부 수술	십자인대 수술	I191_4.2	1
	반달연골 수술, 양쪽	I192_4.2	1
	반달연골 수술, 한쪽	I193_4.2	1
	기타 슬관절 수술	I194_4.2	1
주관절 및 전완부 수술	주관절 및 전완부 수술	I200_4.2	1
족부 및 족관절 수술	족부 및 족관절 힘줄인대 수술	I211_4.2	1
	족관절 골연골 병변 수술	I212_4.2	1
	기타 족부 및 족관절 수술	I213_4.2	1
체내고정장치 제거술	체내고정장치 제거술	I220_4.2	1
완관절 및 수부 수술	주요 완관절 및 수부 수술	I251_4.2	1
	단순 완관절 및 수부 수술	I252_4.2	1
미세혈관 조직이식 및 피부이식	미세혈관 조직이식	I261_4.2	3
	기타 피판술	I262_4.2	2
	피부 및 지방 이식술	I263_4.2	2

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
연조직 수술	복잡한 연조직 수술	I271_4.2	1
	주요 연조직 수술	I272_4.2	1
	단순 연조직 수술	I273_4.2	1
기타 골절 수술	골반 및 비구 골절 수술	I281_4.2	3
	대퇴부 골절 수술	I282_4.2	3
	슬관절 및 하퇴골 골절 수술	I283_4.2	3
	족관절 및 족부 골절 수술	I284_4.2	2
	견부 및 상완골 골절 수술	I285_4.2	3
	전완부 골절 수술	I286_4.2	2
	수부 골절 수술	I287_4.2	1
복잡 인공관절치환술	복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301_4.2	4
	복잡 인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302_4.2	4
	복잡 인공관절전재치환술, 기타(견관절,주관절,족관절)	I303_4.2	2
	복잡 인공관절전치환술,주요(고관절,슬관절)	I304_4.2	4
	복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절,주관절,족관절)	I305_4.2	2
	복잡 인공관절부분치환술	I306_4.2	3
복잡 척추수술	복잡 척추고정술	I311_4.2	4
	복잡 척추후궁절제술	I312_4.2	2
복잡 관절 수술	복잡 사지골절정복술	I321_4.2	2
	복잡 관절고정술	I322_4.2	2
	복잡 사지관절절제술	I323_4.2	1
	복잡 가관절수술	I324_4.2	2
	복잡 반월판연골절제술	I325_4.2	1
양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	복잡 화농성관절염절개술	I331_4.2	1
	복잡 골수염 및 농양수술	I332_4.2	1
근골격계 질환의 경피적 배액술	근골격계 질환의 경피적 배액술	I500_4.2	1
기타 결합조직 수술	기타 결합조직 수술	I290_4.2	1
피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	피부, 피하조직 및 유방 질환에 대 한 미세혈관 조직이식	J010_4.2	3
피판술, 피부이식술 및 변연절제술 (피부궤양, 봉소염의 경우)	피판술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J021_4.2	2
	피부 이식술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J022_4.2	2
피판술, 피부이식술 및 변연절제술 (피부궤양, 봉소염 제외)	피판술(피부궤양, 봉소염 제외)	J031_4.2	2
	피부 이식술(피부궤양, 봉소염 제외)	J032_4.2	2
기타 피부, 피하조직수술	피부 및 연조직 악성종양 절제술	J041_4.2	4
	피부 및 연조직 수술	J042_4.2	1
	기타 피부, 피하조직수술	J043_4.2	1
유방재건술	자가조직을 이용한 유방재건술	J051_4.2	3
	보형물을 이용한 유방재건술	J052_4.2	3
주요 유방 수술	근치 유방절제술	J061_4.2	6
	유방절제술(악성종양의 경우)	J062_4.2	6
	유방절제술(악성종양 제외)	J063_4.2	2

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
단순 유방 수술	진공흡입보조장치를 이용한 단순 유방 수술	J071_4.2	1
	절개에 의한 단순 유방 수술	J072_4.2	1
액와 수술	액와 수술(악성종양의 경우)	J081_4.2	4
	액와 수술(악성종양 제외)	J082_4.2	1
기타 유방 및 액와 수술	기타 유방 및 액와 수술	J090_4.2	1
항문 주위 및 모소 수술	항문 주위 및 모소 수술	J100_4.2	1
교감신경절제술	교감신경절제술	J110_4.2	2
내분비, 영양 및 대사장애 절단술	내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011_4.2	6
	내분비, 영양 및 대사장애 수족부 절단술	K012_4.2	3
뇌하수체 수술	천막상부 종양 절제술	K021_4.2	7
	경비적 뇌하수체 종양 절제술	K022_4.2	7
부신 수술	복강경을 이용한 부신수술	K031_4.2	4
	개복에 의한 부신수술	K032_4.2	4
내분비, 영양 및 대사장애 피부이식 및 상처변연절제술	내분비, 영양 및 대사장애 유리 피판술	K041_4.2	2
	내분비, 영양 및 대사장애 기타 피판술	K042_4.2	2
	내분비, 영양 및 대사장애 피부 이식술	K043_4.2	2
부갑상선 수술	내시경을 이용한 부갑상선 수술	K051_4.2	2
	절개에 의한 부갑상선 수술	K052_4.2	2
주요 갑상선 악성 종양 수술	내시경을 이용한 주요 갑상선 수술(악성)	K061_4.2	4
	절개에 의한 주요 갑상선 수술(악성)	K062_4.2	4
주요 갑상선 악성 종양 제외 수술	내시경을 이용한 주요 갑상선 수술(악성 제외, 한쪽)	K071_4.2	2
	내시경을 이용한 주요 갑상선 수술(악성 제외, 양쪽)	K072_4.2	2
	절개에 의한 주요 갑상선 수술(악성 제외, 한쪽)	K073_4.2	2
	절개에 의한 주요 갑상선 수술(악성 제외, 양쪽)	K074_4.2	2
기타 갑상선 수술	기타 갑상선 수술	K080_4.2	1
기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	K090_4.2	1
복막투석 도관 삽입술	복막투석 도관 삽입술	L010_4.2	2
신장 및 비뇨기계 신생물 수술	주요 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L021_4.2	6
	기타 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L022_4.2	6
	주요 방광 및 골반 신생물 수술	L023_4.2	6
	기타 방광, 골반 및 요도 신생물 수술	L024_4.2	5
	경요도 요관 및 방광 신생물 수술	L025_4.2	4
	전립선 신생물 수술	L026_4.2	4
	복강경을 이용한 신장 및 비뇨기계 신생물 수술	L027_4.2	6
신장 및 신우 수술	복강경을 이용한 신장 및 신우 수술	L031_4.2	4
	개복에 의한 신장 및 신우 수술	L032_4.2	4
	경피적 신장 및 신우 수술, 한쪽	L033_4.2	3
	경피적 신장 및 신우 수술, 양쪽	L034_4.2	3
요관 수술	요관 수술	L040_4.2	2
방광 수술	개복에 의한 방광 수술	L051_4.2	4
	경피적 방광 수술	L052_4.2	2
	경요도 방광 수술	L053_4.2	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
전립선 수술	전립선 수술	L060_4.2	2
요도 수술	주요 요도 수술	L071_4.2	1
	요도경하 요도 수술	L072_4.2	1
	기타 요도 수술	L073_4.2	1
	복잡 요실금 수술	L074_4.2	1
	단순 요실금 수술	L075_4.2	1
요로 결석 수술	복강경을 이용한 요로 결석 수술	L081_4.2	4
	신장, 신우 및 요관 결석 수술	L082_4.2	4
	경요도적 요관 결석 수술	L083_4.2	2
	방광 및 요도 결석 수술	L084_4.2	4
	연성내시경하 수술	L085_4.2	2
요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 복잡	L091_4.2	1
	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 단순	L092_4.2	1
신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	L101_4.2	3
	신장 및 비뇨기 질환의 시험적 거치술	L102_4.2	1
요로 질환 수술	경요도 요로 질환 수술	L111_4.2	1
	외상 및 감염성 요로 질환 수술	L112_4.2	1
기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	L120_4.2	2
기타 신장 및 비뇨기계 시술	혈액투석을 위한 단락 또는 동정맥루 조성술	L131_4.2	2
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 복잡	L132_4.2	2
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 단순	L133_4.2	2
	기타 신장 및 비뇨기계 시술	L134_4.2	1
방광요도경 시술	방광요도경 시술	L510_4.2	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	L520_4.2	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	L530_4.2	1
남성 골반 수술	남성 골반 수술	M010_4.2	1
전립선 적출술	주요 전립선 적출술	M021_4.2	4
	기타 전립선 적출술	M022_4.2	3
기타 전립선 수술	기타 전립선 수술	M030_4.2	1
음경 수술	복잡 음경 수술	M041_4.2	1
	단순 음경 수술	M042_4.2	1
	페이로니 병 수술	M043_4.2	1
포경수술	포경수술	M050_4.2	1
요도 수술	주요 요도 수술	M061_4.2	1
	단순 요도 수술	M062_4.2	1
음낭 수술	복잡 음낭 수술	M071_4.2	1
	단순 음낭 수술	M072_4.2	1
고환 수술	복강경을 이용한 복잡 고환 수술	M081_4.2	4
	개복에 의한 복잡 고환 수술	M082_4.2	4
	단순 고환 수술	M083_4.2	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
기타 고환 수술 및 생식기 적출술	복강경을 이용한 정계정맥류	M091_4.2	4
	개복에 의한 정계정맥류	M092_4.2	4
	고환 및 생식기 적출술	M093_4.2	6
기타 남성생식기계 시술	기타 남성생식기계 시술(악성종양의 경우)	M101_4.2	4
	기타 남성생식기계 시술(악성종양 제외)	M102_4.2	1
방광요도경 시술	방광요도경 시술	M500_4.2	1
자궁 수술 (악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N011_4.2	6
	개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N012_4.2	6
주요 자궁절제술 (악성종양 제외)	복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N021_4.2	2
	개복에 의한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N022_4.2	2
단순 자궁 수술 (악성종양 제외)	복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N031_4.2	2
	개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N032_4.2	2
난소 및 부속기 수술 (악성종양의 경우)	복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N041_4.2	6
	개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N042_4.2	6
난소 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 난소 수술(악성종양 제외)	N051_4.2	2
	개복에 의한 난소 수술(악성종양 제외)	N052_4.2	2
부속기 수술 (악성종양 제외)	복강경을 이용한 부속기 수술(악성종양 제외)	N061_4.2	2
	개복에 의한 부속기 수술(악성종양 제외)	N062_4.2	2
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술 (악성종양의 경우)	N071_4.2	5
	개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술 (악성종양의 경우)	N072_4.2	5
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술 (악성종양 제외)	N081_4.2	1
	자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N082_4.2	1
기타 골반 수술	복강경을 이용한 기타 골반 수술	N091_4.2	1
	개복에 의한 기타 골반 수술	N092_4.2	1
주요 여성생식기계 복원술	복강경을 이용한 주요 여성생식기계 복원술	N101_4.2	1
	개복에 의한 주요 여성생식기계 복원술	N102_4.2	1
기타 여성생식기계 복원술	기타 여성생식기계 복원술	N110_4.2	1
복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	복강경 수술	N121_4.2	1
자궁경 수술	자궁경 수술	N130_4.2	1
자궁소파술	치료적 자궁소파술	N141_4.2	1
기타 여성생식기계 수술	복강경을 이용한 기타 여성생식기계 수술	N161_4.2	1
	개복에 의한 기타 여성생식기계 수술	N162_4.2	1
여성생식기계 경피적 혈관 수술	여성생식기계 경피적 혈관 수술	N180_4.2	2
제왕절개분만(단태아)	일반 제왕절개분만(단태아)	O011_4.2	1
	고위험 제왕절개분만(단태아)	O012_4.2	1
	질식분만 시도 후 제왕절개분만(단태아)	O013_4.2	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
제왕절개분만(다태아)	제왕절개분만(다태아)	O021_4.2	1
	질식분만 시도 후 제왕절개분만(다태아)	O022_4.2	1
	일반 제왕절개분만(다태아)	O023_4.2	1
	고위험 제왕절개분만(다태아)	O024_4.2	1
자궁적출술을 동반한 제왕절개분만	자궁적출술을 동반한 제왕절개분만	O030_4.2	2
자궁외 임신 주요 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술	O081_4.2	4
	개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술	O082_4.2	4
자궁외 임신 기타 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술	O091_4.2	4
	개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술	O092_4.2	4
자궁경관봉축술	치료적 자궁경관봉축술	O102_4.2	1
분만 및 유산후 관련 장애(수술 시행)	분만 및 유산후 관련 장애(수술 시행)	O110_4.2	1
자궁소파술 및 흡인소파술	자궁소파술 및 흡인소파술	O120_4.2	1
비장 절제술	성인의 복강경을 이용한 비장 절제술	Q012_4.2	4
	성인의 개복에 의한 비장 절제술	Q013_4.2	4
다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	W010_4.2	7
다발성 중요 외상 치료목적의 사지 접합술, 고관절 및 대퇴골 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 사지 접합술, 고관절 및 대퇴골 수술	W020_4.2	5
다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	W030_4.2	5
다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	W040_4.2	4
하지 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	하지 손상의 미세혈관 조직이식	X011_4.2	3
	하지 손상의 국소 피판 및 피부이식	X012_4.2	2
수부 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	수부 손상의 미세혈관 조직이식	X021_4.2	3
	수부 손상의 국소 피판 및 피부이식	X022_4.2	2
기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	X030_4.2	3
하지 손상의 기타 수술	하지 손상의 골 및 관절 수술	X041_4.2	2
	하지 손상의 기타 수술	X042_4.2	1
수부 손상의 기타 수술	수부 손상의 골 및 관절 수술	X051_4.2	2
	수부 손상의 기타 수술	X052_4.2	1
기타 손상의 수술	기타 손상의 수술	X060_4.2	1
중증 화상(피부 이식 동반)	중증 화상(피부 이식 동반)	Y010_4.2	5
중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상을 동반)	중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상을 동반)	Y020_4.2	2

㈜ 1. 상기의 "수술코드"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 "KDRG"체계로 분류되는 경우에 부여하는 "ADRG" 중 회사가 정한 코드를 말합니다.

2. "KDRG(Korean Diagnosis Related Group)"는 건강보험심사평가원에서 개발 · 관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다. 또한, "ADRG(Adjacent DRG)"는 KDRG의 분류과정 중에서 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)에

따라 입원환자를 분류한 다음 그 환자가 수술을 받았는지 여부에 따라 "외과계 그룹"과 "내과계 그룹"으로 분류한 후 시술명, 진단명 등에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.

3. ㈜1에도 불구하고 "단순 자궁 수술(악성종양 제외)[수술코드 N031, N032]"은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우도 포함합니다.

4. 이 특약은 KDRG 버전4.2의 "ADRG"중 다음의 "ADRG"는 보장하지 않습니다.

① "ADRG"에서 주진단 범주(MDC)에 해당하는 첫번째 자리(알파벳)을 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 "60~99"에 해당하는 경우

(예시) "ADRG"가 "B601"의 경우 첫번째 자리[알파벳("B")]을 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 "60"이므로 이 특약에서 보장하지 않습니다.

② 아래 표에 기재된 ADRG

대분류명	수술명	ADRG
신경계 면역요법	치료적 성분채집술	B501
	신경계 면역요법	B502
뇌전증의 지속적 비디오 뇌파검사 감시	뇌전증의 지속적 비디오 뇌파검사 감시, 연령 0-17세	B5101
	뇌전증의 지속적 비디오 뇌파검사 감시, 연령 >17세	B5102
자기뇌파검사 지도화	자기뇌파검사 지도화	B520
코성형술	코성형술	D070
구순열 및 구개열 수술	구순열 및 구개열 수술	D180
구강내 수술	치조골 수술	D191
	구강내 점막수술	D192
	단순 혀 수술	D193
발치	**발치**	**D30**
보존치료	치아 보존치료	D502
기타 호흡기계 수술	호흡기 질환을 위한 진단적 시술	E031
호흡기계 질환, 침습적 인공호흡기 96시간 이상	침습적 인공호흡기 96시간 이상 (신대체요법 동반)	E501
	침습적 인공호흡기 96시간 이상 (신대체요법 미동반)	E502
호흡기계 질환, 침습적 인공호흡기 96시간 미만	침습적 인공호흡기 96시간 미만 (신대체요법 동반)	E511
	침습적 인공호흡기 96시간 미만 (신대체요법 미동반)	E512
경기관지 폐생검	경기관지 폐생검	E540
폐흉부질환의 침흡인 생검	폐흉부질환의 침흡인 생검	E550
선천성 심장병 협착 질환의 경피적 수술	선천성 심장병 협착 질환의 경피적 혈관성형술(스텐트 사용)	F171
	경피적 심장내 혈관성형술(스텐트 사용)	F172
	순환기계의 경피적 풍선 혈관성형술	F173
진단 목적의 경피적 심혈관 시술	심장 전기 생리 검사	F501
	심장질환을 위한 심도자술 및 혈관조영술	F502
	진단적 관상동맥 조영술	F503
	심근생검	F504
	심낭천자	F505
선천성 결장 및 직장항문 기형 수술	선천성 거대결장 및 장무공증 수술	G161
	주요 직장항문 기형 수술	G162
	기타 직장항문 기형 수술	G163
기타 소화기계 수술	소화기계 질환을 위한 진단적 시술	G331
간담도 진단적 시술	간담도 진단적 시술(악성종양의 경우)	H131
	간담도 진단적 시술(악성종양 제외)	H132
관절경검사	관절경검사	I230
생검을 포함한 골과 관절의 진단적 수술	생검을 포함한 골과 관절의 진단적 수술	I240
유방재건술	유두 및 유륜 재건술	J053
유방 질환의 침흡인생검	유방 질환의 침흡인생검	J500
갑상선 질환의 침흡인생검	갑상선 질환의 침흡인생검	K500

대분류명	수술명	ADRG
요로 질환 수술	선천성 요로 질환 수술	L113
요관경검사	요관경검사	L500
기타 고환 수술 및 생식기 적출술	정관 수술	M094
전립선 생검	전립선 생검	M510
복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	복강경 검사 및 기타 난관 결찰술	N122
자궁소파술	진단적 자궁소파술	N142
여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술	복강경을 이용한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술	N151
	개복에 의한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술	N152
방사선원삽입요법(악성종양의 경우)	방사선원삽입요법(악성종양의 경우)	N170
질식분만(초산)	일반 질식분만(초산)	O041
	고위험 질식분만(초산)	O042
질식분만(경산)	일반 질식분만(경산)	O051
	고위험 질식분만(경산)	O052
제왕절개술 기왕력이 있는 질식분만	제왕절개술 기왕력이 있는 **일반** 질식분만	O061
	제왕절개술 기왕력이 있는 고위험 질식분	O062
질식분만(복합 수술 동반)	질식분만(불임술 혹은 자궁소파술 동반)	O071
	질식분만(기타 복합 수술 동반)	O072
자궁경관봉축술	예방적 자궁경관봉축술	O101
입원후 5일 미만에, 사망하거나 전원된 신생아(중요 수술 시행)	입원후 5일미만에, 사망하거나 전원된 신생아(중요 수술 시행)	P010
신생아를 대상으로 한 심흉복부/혈관 수술	신생아를 대상으로 한 심흉복부/혈관 수술	P020
신생아, 입원시 체중 < 750g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 < 750g(중요 수술 시행)	P030
신생아, 입원시 체중 750-999g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 750-999g(중요 수술 시행)	P040
신생아, 입원시 체중 1000-1249g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 1000-1249g(중요 수술 시행)	P050
신생아, 입원시 체중 1250-1499g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 1250-1499g(중요 수술 시행)	P060
신생아, 입원시 체중 1500-1999g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 1500-1999g(중요 수술 시행)	P070
신생아, 입원시 체중 2000-2499g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 2000-2499g(중요 수술 시행)	P080
신생아, 입원시 체중 > 2499g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 > 2499g(중요 수술 시행)	P090
비장 절제술	소아의 비장 절제술	Q011
기타 혈액 및 조혈기관 수술	기타 혈액 및 조혈기관 수술, 연령 0-17세	Q0201
	기타 혈액 및 조혈기관 수술, 연령 >17세	Q0202
림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	R010
기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	R020
림프종 및 백혈병(기타 수술 시행)	림프종 및 백혈병(기타 수술 시행)	R030
기타 신생물 질환(기타 수술 시행)	기타 신생물 질환(기타 수술 시행)	R040
치료적 성분채집술	치료적 성분채집술	R500
감염 및 기생충 질환 수술	패혈증 수술(합병증 동반)	T011
	패혈증 수술(합병증 미동반)	T012
	외상 후 감염 수술	T013
	수술 후 감염 수술	T014
	기타 감염 질환 수술	T015
정신장애 치료목적의 수술	정신장애 치료목적의 수술	U010
기타 보건의료서비스에 관한 수술	기타 보건의료서비스에 관한 수술	Z010

③ KDRG 버전4.2에서 규정한 "Error DRG" 및 "960 DRG"

- Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999

※ "Error DRG"이라 함은 주진단 범주(MDC)와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

※ "960 DRG"이라 함은 "Error DRG"는 아니지만 입원 2일 이내에 조기사망한 환자(신생아 제외)를 뜻합니다.

별표2

수술 보장 대상 질병 및 재해 분류표

1. "수술 보장 대상 질병 및 재해"의 정의

이 보험약관에서 "수술 보장 대상 질병 및 재해"는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 감염병(콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, A형간염)

2. "수술 보장 대상 질병 및 재해"에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 "수술 보장 대상 질병 및 재해"에 해당되지 않습니다.

① 다음의 "가~마"에 해당하는 사항

가. 정신 및 행동장애(F04~F99)

나. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

다. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)

라. 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)

마. 한의병명, 한의병증 및 사상체질병증(U22~U33,U50~U79,U95~U98)

② 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우

③ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우

④ 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우

⑤ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우

⑥ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

⑦ 고의적 자해로 인한 경우 [단, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서의 자해는 제외]

㈜ 1. ( ) 안은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 상의 분류번호이며, 제8차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함되는 것으로 합니다.

2. 감염병에 관한 법률이 제 · 개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제 · 개정된 법률을 적용합니다.

별표 3 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표 4 장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표5 **보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제7조 제2항 및 제22조 제2항 관련)**

구분	적립기간	적립이율
수술보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

㈜ 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

3. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

암수술보장특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 "15"는 "갱신주기 15년"을 의미합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 [용어의 정의]

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

1. 특약관계 관련 용어
   가. 계약자: 회사와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   다. 보험증권: 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   라. 진단특약: 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.
   마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표5) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표6) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 최초계약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.
   다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
5. 특약의 갱신 관련 용어
   가. 최초계약: 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
   나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제13조의3(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
   다. 갱신일: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2 [특약의 보험기간]

① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 별표2[악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

가. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병

나. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병

다. 제2조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암

라. 제2조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암

마. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

[유의사항]

한국표준질병 · 사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

설명	**〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉** · C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 이 특약에 있어서“기타피부암”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서“갑상선암”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 "비침습 방광암"은 제2조의5("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에 있어서 "대장점막내암"은 제2조의6("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑥ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암” 의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암” 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의4 [“제자리암”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 별표3[제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, "제2조의5("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암" 및 "제2조의6("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암"은 제외합니다.

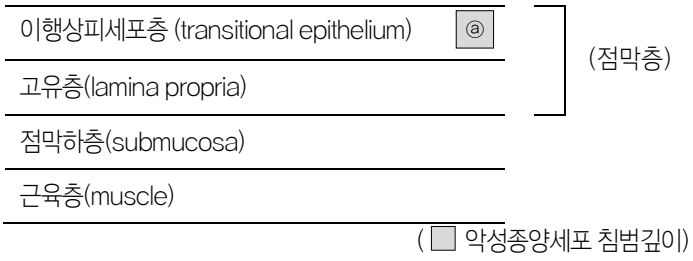
② “제자리암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서

화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의5 [“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 "비침습 방광암"이라 함은 방광의 이행상피세포층(transitional epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 점막 고유층(lamina propria)까지는 침범하지 않은 비침습 유두암(papillary carcinoma) 상태로 ‘AJCC 암병기설정매뉴얼[AJCC (American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제7판’에서 정한 병기상 TaN0M0인 방광암을 말합니다.

<비침습 방광암 예시>



ⓐ 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

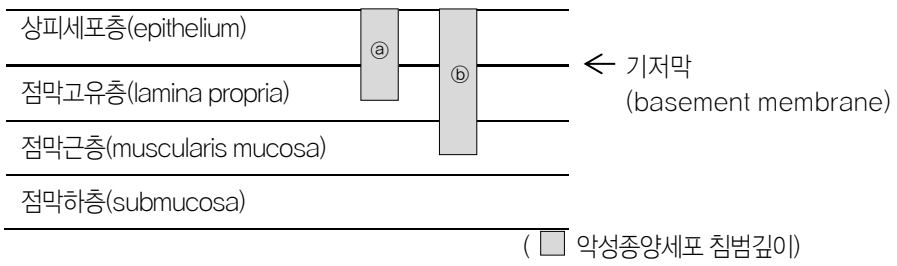
② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의6 [“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서“대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

<대장점막내암 예시>



ⓐ 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

ⓑ 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한

문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의7 ["경계성종양"의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 "경계성종양"이라 함은 한국표준질병 · 사인분류의 기본분류에 있어서 별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② "경계성종양"의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의8 ["수술"의 정의와 장소]

① 이 특약에 있어서 "수술"이라 함은 「"의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)"의 의사 또는 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)」가 피보험자의 「암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.

② 제1항에서 수술이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용어 해설	**〈 절단(切斷) 〉** 특정부위를 잘라 내는 것 **〈 절제(切除) 〉** 특정부위를 잘라 없애는 것 **〈신의료기술평가위원회〉** 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고, 아래에서 정한 사항은 수술에서 제외됩니다.

1. 흡인, 천자 등의 조치
2. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
3. 미용 성형상의 수술
4. 피임(避妊) 목적의 수술
5. 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등]
6. 항암방사선치료와 항암약물치료
7. 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료

용어 해설	**〈 흡인(吸引) 〉** 주사기 등으로 빨아 들이는 것 **〈 천자(穿刺) 〉** 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

④ 이 특약에 있어서 "관혈수술", "내시경수술", "카테터수술", "신의료수술"이라 함은 다음과 같습니다.

1. "관혈수술"이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
2. "내시경수술"이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다.

3. “카테터수술”이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 “도관을 이용한 약물주입”과 “중심정맥관 삽입술”은 제외합니다.
4. “신의료수술”이라 함은 관혈수술 이외의 수술에 해당하며 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 악성신생물(암) 근치• 두개내신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy) 및 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료를 포함합니다.

⑤ 제3항의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제3항의 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

⑦ 제6항의 “항암면역요법”이라 함은 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다.

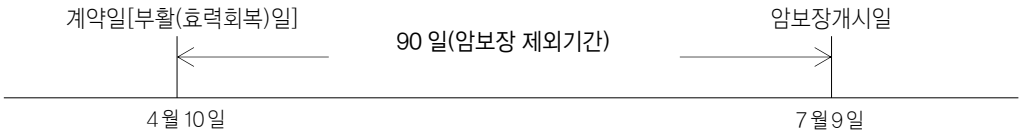
제2조의9 [특약의 보장개시일]

① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 제2조의3(“암”등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 최초계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 단, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

<암보장개시일 예시>



※ “기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”의 경우 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 같습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 「피보험자가 최초계약의 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정 되고, 이 특약의 보험기간 중 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술을 받은 경우」 또는 「피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암”으로 진단 확정 되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술을 받은 경우」 : 암 관혈수술보험금

2. 「피보험자가 최초계약의 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정 되고, 이 특약의 보험기간 중 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 “내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술”을 받은 경우」 또는 「피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암”으로 진단 확정 되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술”을 받은 경우」 : 암 비관혈수술보험금

단, “암 비관혈수술보험금”은 보험연도 기준 연1회에 한하여 지급합니다.

② 제1항의 “보험연도”는 당해 연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말하며, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

설명	**<보험연도 계산 예시>** 보험계약일이 2016년 4월 1일인 경우 보험연도는 4월 1일부터 차년도 3월 31일까지 1년이 됩니다.

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우(단, 주계약이 유효한 경우에 한합니다)에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

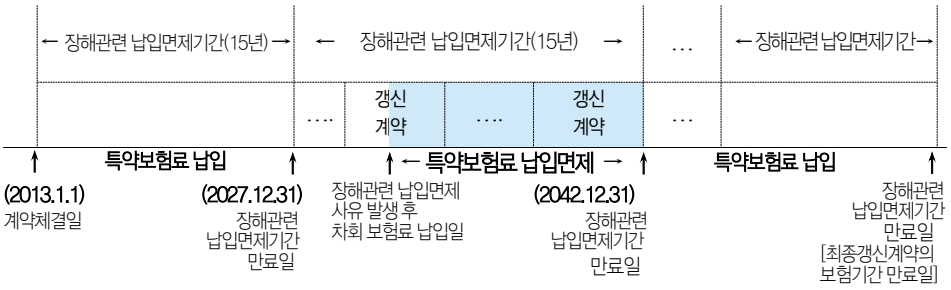
③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표6 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자의 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

⑤ 「장해관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장해관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’ 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해관련 납입면제기간」으로 합니다.

<장해관련 납입면제기간 예시>

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



⑥ 항암방사선 및 항암약물치료는 제3조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호에서 정한 “암 관혈수술보험금” 및 “암 비관혈수술보험금”이 지급되지 않습니다.

⑦ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표6 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
⑨ 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑩ 제8항 및 제9항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑪ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑫ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표6 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
⑬ 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(별표6 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표6 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표6 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑮ 장해분류표(별표6 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표6 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
⑯보험수익자와 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)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑰계약자와 회사가 제3항 및 제4항의 보험료 납입면제에 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 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]
회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 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 지급사유 또는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
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 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[해당 질병 진단서(병명기입), 수술증명서, 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 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.

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 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표7(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) 제16항 및 제17항에 따라 보험금 지급사유 등에 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 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 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, 진단특약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

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 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단특약의 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. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 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 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 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 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)특약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)특약을 최초계약으로 봅니다].

제12조 [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 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)

에 특약을 취소할 수 있습니다.
② 제1항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 이하 같습니다)를 돌려 드립니다

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]
① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 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 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 최초계약의 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
⑥ 제5항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑦ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]
① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제13조의3 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 「주계약의 보험기간[다만, 주계약 체결시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간, 이하 같습니다] 만료일」로 합니다. 단, "최대 80세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, "최대 100세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라고 합니다)"에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.
⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
⑥ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당금액을 지급합니다.
⑦ 제6항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제14조 [특약의 무효]

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2조의3("암" 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한"암"으로 진단 확정되는 경우

제15조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.
③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니

다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 [특약의 소멸]
① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(해지환급금을 받지 않은 경우에는 해지환급금이 없는 경우 또는 보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우를 포함하며, 이하 같습니다)
나. 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	**<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>** 주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제7조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]
① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 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 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약

의 보험료를 납입해야 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 계약을 준용합니다.

② 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 단, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

④ 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

⑤ 회사가 제4항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 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 제4항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑥ 제2항 및 제4항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

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

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당되었을 때 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

1. 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)
2. 주계약 약관에서 정하는 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간 종료일까지 남은 기간이 1개월 이상인 경우(주계약의 보험료 납입기간 이후 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에 한합니다)

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부

터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
⑤ 제1항에서 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약을 청약할 때 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제20조 [계약자의 임의해지]
계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]
① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조 [해지환급금]
① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표7(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항

제23조 [주계약 약관의 준용]
이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표

(1) 암 관혈수술보험금(약관 제3조 제1호)

지급사유	「피보험자가 최초계약의 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정 되고, 이 특약의 보험기간 중 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술을 받은 경우」 또는 「피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 "기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암, 비침습방광암 또는 대장점막내암"으로 진단 확정 되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술을 받은 경우」
지급금액	특약보험가입금액의 30% ※ 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술은 관혈수술에 준하여 보험금을 지급합니다.

(2) 암 비관혈수술보험금(약관 제3조 제2호)

지급사유	「피보험자가 최초계약의 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정 되고, 이 특약의 보험기간 중 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 "내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술"을 받은 경우」 또는 「피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 "기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암, 비침습방광암 또는 대장점막내암"으로 진단 확정 되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 "내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술"을 받은 경우」
지급금액	특약보험가입금액의 10% ※ 단, 보험연도 기준 연1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

㈜ 1. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 단, 부활(효력회복)특약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

2. ⑵에서 "보험연도"는 당해 연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말하며, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

3. ⑴ 및 ⑵의 관혈수술, 내시경수술, 카테터수술, 신의료수술은 다음과 같습니다.

① "관혈수술"이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.

② "내시경수술"이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다.

③ "카테터수술"이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 "도관을 이용한 약물주입"과 "중심정맥관 삽입술"은 제외합니다.

④ "신의료수술"이라 함은 관혈수술 이외의 수술에 해당하며 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 악성신생물(암) 근치 · 두개내신생물 근치 사이버 나이프 (Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)나 감마나이프 (GammaKnife) 정위적 방사선 치료를 포함합니다.

4. 항암방사선 및 항암약물치료는 "암 관혈수술보험금" 및 "암 비관혈수술보험금"이 지급되지 않습니다.

별표2 악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45-C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물	C60-C63
10. 요로의 악성신생물	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69-C72
12. 부신의 악성신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

㈜ 1. 제8차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 한국표준질병 · 사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

3. '요로의 악성신생물(C64~C68)'의 경우 이 특약 제2조의5("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한"비침습 방광암"은 제외됩니다.

4. '소화기관의 악성신생물(C15-C26)'의 경우 이 특약 제2조의6("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.

별표3

제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 제자리암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

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

㈜ 1. 제8차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. '기타 및 상세 불명 부위의 제자리 암종(D09)' 의 경우 이 특약 제2조의5(“비침습 방광암” 의 정의 및 진단 확정)에서 정한“비침습 방광암”은 제외됩니다.

3. '기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종(D01)'의 경우 이 특약 제2조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한“대장점막내암”은 제외됩니다.

별표4

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동 양식 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 신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

㈜ 제8차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

별표5 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표6 장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표7 **보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제7조 제2항 및 제22조 제2항 관련)**

구분	기간	적립이율
암 관혈수술보험금, 암 비관혈수술보험금 (제3조 제1항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

㈜ 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

3. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

재해사망특약N(무배당) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 [용어의 정의]

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

1. 특약관계 관련 용어
   가. 계약자: 회사와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   다. 보험증권: 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   라. 진단특약: 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.
   마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표1) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표2) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   다. 중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결시점의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.
   다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, "관공서의 공휴일에 관한 규정"에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2조의2 [특약의 보험기간]

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.

제2조의3 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 재해로 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 특약보험가입금액의 100%를 재해사망보험금으로 지급합니다.

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 피보험자에게 보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 사망한 것으로 보며, 재해를 직접적인 원인으로 다음의 사유가 발생하여 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에는 해당 보험금을 지급합니다.

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

④ 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표(별표2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해 지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑧ 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 장해분류표(별표2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑬ 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 「호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률(이하, '연명의료결정법'이라 합니다)」에 따른 연명의료를 받던 피보험자가 「연명의료결정법」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 이 특약의 보험기간 중 사망하는 경우 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 재해사망보험금을 지급합니다.

설 명	**<보험금 지급사례 예시>** 「암사망을 보장하는 보험」과 「재해사망을 보장하는 보험」을 각각 가입한 피보험자가 재해로 인하여 연명의료를 받던 중에 「연명의료중단등결정 및 그 이행」으로 보험기간 중 사망하는 경우 「재해사망을 보장하는 보험」의 재해사망보험금만 지급됩니다.

⑭ 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)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑮ 계약자와 회사가 제2항의 보험료 납입면제에 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 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]
회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 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 지급사유 또는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
   특히, 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 재해사망보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조 [보험금의 청구]
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 관할 경찰서 사고사실확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 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 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표3(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 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 해당하

는 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) 제14항 및 제15항에 따라 보험금 지급사유 등에 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 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 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.

제8조 [보험금 받는 방법의 변경]

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 재해사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 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, 진단특약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

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 특약체결 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(진

단특약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때

3. 특약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 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 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유발생에 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.

제12조 [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 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형, 부모형 중 선택하여 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 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 보

험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료 납입을 면제합니다.
⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑦ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]
① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형, 부모형에 따라 다음 각호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
3. 부모형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 부모(주계약의 피보험자와 실질적인 부양관계에 있는 자를 포함하며, 이하 같습니다) 중 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제14조 [특약의 무효]
다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 특약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 특약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만 15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 특약의 경우. 다만, 심신박약자가 특약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 특약이 유효합니다.

용어 해설	**<심신상실자(心神喪失者)>** 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 자를 말합니다.

	<심신박약자(心神薄弱者)> 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 부족한 자를 말합니다.

3. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제15조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 [특약의 소멸]

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
   가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(해지환급금을 받지 않은 경우에는 해지환급금이 없는 경우 또는 보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우를 포함하며, 이하 같습니다)
   나. 제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
   단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	**<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>** 주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
   이 때 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망한 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
3. 이 특약의 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호의 "재해 이외의 원인으로 사망한 경우"에는 보험기간 중 재해 이외의 원인으로 다음의 사유가 발생한

경우를 포함합니다.

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제7조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 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 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제18조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

③ 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 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 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약

관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 제1항에도 불구하고 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당되었을 때 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

1. 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)
2. 주계약 약관에서 정하는 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간 종료일까지 남은 기간이 1개월 이상인 경우(주계약의 보험료 납입기간 이후 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에 한합니다)

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.
⑤ 제1항에서 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약을 청약할 때 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제20조 [계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권]
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 서면으로 동의를 한 피보험자는 특약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 특약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]
① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조 [해지환급금]
① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표3(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항

제23조 [주계약 약관의 준용]
이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표2 장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표3 **보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제7조 제2항 및 제22조 제2항 관련)**

구분	적립기간	적립이율
재해사망보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

㈜ 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

3. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

재해장해특약 N(무배당) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 [용어의 정의]

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

1. 특약관계 관련 용어
   - 가. 계약자: 회사와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   - 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   - 다. 보험증권: 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   - 라. 진단특약: 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.
   - 마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   - 가. 재해: (별표2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   - 나. 장해: (별표3) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   - 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   - 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   - 나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결시점의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr) 에서 확인할 수 있습니다.
   - 다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   - 가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   - 나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2조의2 [특약의 보험기간]

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.

제2조의3 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 장해분류표(별표3 참조)에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 재해장해보험금(별표1 "보험금지급기준표" 참조)을 지급합니다.

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 제2항 및 제3조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제2항 및 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑤ 제3항 및 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제2항 및 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제2항 및 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제3조(보험금의 지급사유)에서 다른 재해로 인하여 장해가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 재해장해보험금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 재해장해보험금에서 이미 지급받은 재해장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제3조(보험금의 지급사유)에서 그 재해전에 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하는 장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해에 대한 재해장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 장해상태에 해당하는 재해장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 재해장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 재해장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 위 1호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 재해장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 재해장해보험금이

지급되지 않았던 장해

설명	**〈 제4조 제10항 제1호 예시 〉** 보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 재해로 팔의 장해가 장해지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 재해로 인한 장해지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 75%에 해당하는 보험금을 지급합니다. **〈 제4조 제10항 제2호 예시 〉** 보험기간 중 발생한 질병을 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 재해를 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 80%에 해당하는 장해가 된 경우 이 특약은 질병으로 인한 장해는 보장하지 않으므로 장해지급률 80%에서 질병으로 인한 장해지급률 5%를 뺀 75%에 해당하는 보험금을 지급합니다.

⑪ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.
⑫ 이 특약에서「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑬ 장해분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
⑭ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
⑮ 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)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑯계약자와 회사가 제2항의 보험료 납입면제에 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 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]
회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 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 지급사유 또는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
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 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 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.

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 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표4(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 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. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제15항 및 제16항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

⑤ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제8조 [보험금 받는 방법의 변경]

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 재해장해보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 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, 진단특약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

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 특약체결 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(진단특약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 특약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 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 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

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

제12조 [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 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 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 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료 납입을 면제합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제14조 [특약의 무효]

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 [특약의 소멸]

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

   가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(해지환급금을 받지 않은 경우에는 해지환급금이 없는 경우 또는 보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우를 포함하며, 이하 같습니다)

   나. 제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

   단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	**<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>** 주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

   이 때 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제2호의 '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 사망 년월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다, 다만, 제7조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 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 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제18조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 단, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

③ 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 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 알려 드립니다.

⑤ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

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

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당되었을 때 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을

취급합니다.

1. 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)
2. 주계약 약관에서 정하는 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간 종료일까지 남은 기간이 1개월 이상인 경우(주계약의 보험료 납입기간 이후 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에 한합니다)

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

⑤ 제1항에서 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약을 청약할 때 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제20조 [계약자의 임의해지]

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

제21조 [중대사유로 인한 해지]

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표4(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항

제23조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표

□ **재해장해보험금 (약관 제3조)**

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 장해분류표(별표3 참조)에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때
지급금액	특약보험가입금액의 100% × 해당 장해지급률

별표2 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표3 장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표4

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제7조 제2항 및 제22조 제2항 관련)

구분	적립기간	적립이율
재해장해보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

㈜ 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는발생하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

3. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

재해추상골절치료비특약Ⅲ N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 "15"는 "갱신주기 15년"을 의미합니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 [용어의 정의]

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

1. 특약관계 관련 용어
   - 가. 계약자: 회사와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   - 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   - 다. 보험증권: 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   - 라. 진단특약: 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.
   - 마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   - 가. 재해: (별표2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   - 나. 장해: (별표4) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   - 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   - 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   - 나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 최초계약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr) 에서 확인할 수 있습니다.
   - 다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   - 가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   - 나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
5. 특약의 갱신 관련 용어
   - 가. 최초계약: 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
   - 나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제13조의3(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
   - 다. 갱신일: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2 [특약의 보험기간]

① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [두부(頭部) 또는 안면부(顔面部)의 "현저한 추상" 및 "추상"의 정의]
① 이 특약에서 두부 또는 안면부의 "현저한 추상"이라 함은 재해로 인하여 두부 또는 안면부에 최대 길이 10㎝ 이상 또는 직경 5㎝ 이상의 흉터 또는 조직함몰이 된 경우로서 성형수술을 하여도 더 이상 흉터나 함몰이 없어지지 않는다는 의사의 진단이 있는 경우를 말합니다.
② 이 특약에서 두부 또는 안면부의 "추상"이라 함은 재해로 인하여 두부 또는 안면부에 최대 길이 5㎝ 이상 10㎝ 미만 또는 직경 2㎝ 이상 5㎝ 미만의 흉터 또는 조직함몰이 된 경우로서 성형수술을 하여도 더 이상 흉터나 함몰이 없어지지 않는다는 의사의 진단이 있는 경우를 말합니다.

제2조의4 ["재해골절"의 정의]
이 특약에서 "재해골절"이라 함은 재해로 인하여 뼈의 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로서 재해골절(치아의 파절 제외)분류표(별표3 참조)에서 정한 골절을 말합니다.

제2조의5 ["5대재해골절" 의 정의]
이 특약에서 "5대재해골절"이라 함은 재해로 인하여 뼈의 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로서 5대재해골절분류표(별표5 참조)에서 정한 골절을 말합니다.

제2조의6 [특약의 보장개시일]
이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급

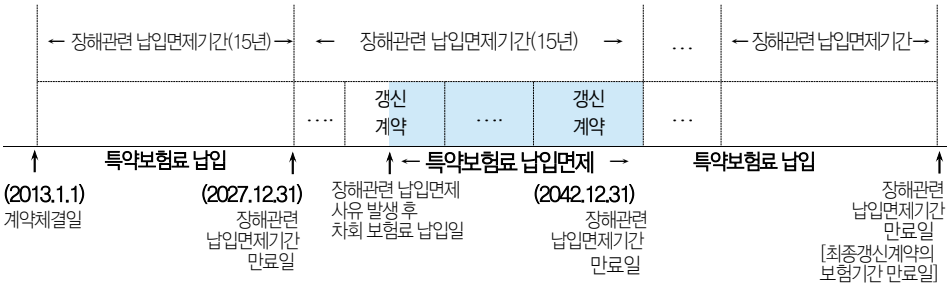
제3조 [보험금의 지급사유]
회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.
1. 피보험자가 재해로 인하여 두부 또는 안면부에 제2조의3(두부 또는 안면부의 "현저한 추상" 및 "추상"의 정의)에서 정한 "현저한 추상" 또는 "추상"을 남기는 상태가 되었을 때
   : 재해성형보험금
2. 피보험자가 재해로 인하여 제2조의4("재해골절"의 정의)에서 정한 "재해골절" 상태가 되었을 때
   : 재해골절진단보험금
3. 피보험자가 재해로 인하여 제2조의5("5대재해골절"의 정의)에서 정한 "5대재해골절"상태가 되었을 때
   : 5대재해골절진단보험금

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]
① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우(단, 주계약이 유효한 경우에 한합니다)에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다
⑤ 「장해관련 납입면제기간」은 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'을 주기로 하며, 「장해관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해관련 납입면제기간」으로 합니다.

<장해관련 납입면제기간 예시>

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



⑥ 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
⑦ 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 제6항 및 제7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑨ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표4 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.
⑩ 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(별표4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표4 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑫ 장해분류표(별표4 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표4 참조)의 구분에 준하여

장해지급률을 결정합니다.
⑬ 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 재해로 인하여 두부 또는 안면부에, 흉터 또는 조직함몰이 되어 그 상태가 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 보험금 지급여부를 결정합니다.
⑭ 제13항에 따라 보험금 지급여부를 결정하였으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 상태를 기준으로 보험금 지급여부를 결정합니다.
⑮ 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 재해로 인하여 두부 또는 안면부에 2가지 이상의 추상 또는 현저한 추상을 입었을 경우 하나의 보험사고로 보고 그 상태를 기준으로 "재해성형보험금"을 보험수익자에게 드립니다.
⑯제3조(보험금의 지급사유) 제1호에서 다른 재해로 인하여 추상 또는 현저한 추상이 2회 이상 발생하였을 경우에는 각각 다른 보험사고로 보고 그 때마다 이에 해당하는 "재해성형보험금"을 각각 지급합니다.
⑰제3조(보험금의 지급사유) 제2호 및 제3호의 경우 회사는 피보험자가 동일한 재해로 인하여 2가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 "재해골절진단보험금" 및 "5대재해골절진단보험금"은 각 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 "재해골절진단보험금" 및 "5대재해골절진단보험금"을 지급하지 않습니다.
⑱이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑲이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
⑳보험수익자와 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)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
㉑ 계약자와 회사가 제3항 및 제4항의 보험료 납입면제에 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 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]
회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 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 지급사유 또는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
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 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[장해진단서, 골절진단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에

서 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 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 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 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) 제20항 및 제21항에 따라 보험금 지급사유 등에 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 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 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, 진단특약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

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 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단특약의 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. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 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 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 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 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)특약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)특약을 최초계약으로 봅니다].

제12조 [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 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써

주계약에 부가하여 이루어집니다.
② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 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 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 최초계약의 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료 납입을 면제합니다.
⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑦ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]
① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제13조의3 [특약의 갱신]
① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 「주계약의 보험기간[다만, 주계약 체결시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간, 이하 같습니다] 만료일」로 합니다. 단, "최대 80세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, "최대 100세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑥ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑦ 제6항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제14조 [특약의 무효]

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 [특약의 소멸]

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
   가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(해지환급금을 받지 않은 경우에는 해지환급금이 없는 경우 또는 보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우를 포함하며, 이하 같습니다)
   나. 제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력

회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	**<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>** 주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제2호의'사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제7조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 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 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 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 계약을 준용합니다.

② 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

④ 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

⑤ 회사가 제4항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 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 제4항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑥ 제2항 및 제4항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

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

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당되었을 때 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

1. 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)
2. 주계약 약관에서 정하는 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간 종료일까지 남은 기간이 1개월 이상인 경우(주계약의 보험료 납입기간 이후 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에 한합니다)

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

⑤ 제1항에서 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약을 청약할 때 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제20조 [계약자의 임의해지]

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

제21조 [중대사유로 인한 해지]

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표

(1) 재해성형보험금(약관 제3조 제1호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 두부 또는 안면부에"현저한 추상"또는"추상"을 남기었을 때
지급금액	– 현저한 추상 : 특약보험가입금액의 30% – 추상 : 특약보험가입금액의 20%

(2) 재해골절진단보험금(약관 제3조 제2호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 "재해골절"상태가 되었을 때
지급금액	재해골절 발생1회당 특약보험가입금액의 3% [단, 동일 재해로 2가지 이상의 골절(복합골절)시 1회만 지급함]

(3) 5대재해골절진단보험금(약관 제3조 제3호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 "5대재해골절"상태가 되었을 때
지급금액	5대재해골절 발생 1회당 특약보험가입금액의 7% [단, 동일 재해로 2가지 이상의 골절(복합골절)시 1회만 지급함] [5대재해골절진단보험금 지급사유 발생시 재해골절진단보험금을 추가로 지급]

㈜ 1. (2)와 (3)의 경우 피보험자가 동일한 재해로 인하여 2가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 "재해골절진단보험금" 및 "5대재해골절진단보험금"은 각 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 "재해골절진단보험금" 및 "5대재해골절진단보험금"을 지급하지 않습니다.

2. (1)～(3)에서 정한 재해는 하나의 사고로 인한 동일한 재해를 말합니다.

별표 2 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표3

재해골절(치아의 파절 제외) 분류표

대상이 되는 "재해골절(치아의 파절 제외)"이라 함은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 분류번호를 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1.두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
2.목의 골절	S12
3.늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
4.요추 및 골반의 골절	S32
5.어깨 및 위팔의 골절	S42
6.아래팔의 골절	S52
7.손목 및 손부위의 골절	S62
8.대퇴골의 골절	S72
9.발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
10.발목을 제외한 발의 골절	S92
11.여러 신체 부위를 침범한 골절	T02
12.척추의 상세불명 부위의 골절	T08
13.팔의 상세불명 부위의 골절	T10
14.다리의 상세불명 부위의 골절	T12
15.상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

㈜ 제8차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류에서 상기 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

별표 4 장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표5

5대재해골절 분류표

대상이 되는 "5대재해골절"이라 함은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 분류번호를 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절 (비골의 골절 및 치아의 파절 제외)	S02 (S02.2, S02.5 제외)
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절 및 흉추의 다발골절	S22.0, S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72
6. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08

㈜ 제8차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류에서 상기 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

별표6

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제7조 제2항 및 제22조 제2항 관련)

구 분	기 간	적립이율
재해성형보험금 (제3조 제1호) 재해골절진단보험금 (제3조 제2호) 5대재해골절진단보험금 (제3조 제3호)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

㈜ 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

3. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

질병 · 재해수술보장특약ⅡN15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 "15"는 "갱신주기 15년"을 의미합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 [용어의 정의]

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

1. 특약관계 관련 용어
   가. 계약자: 회사와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   다. 보험증권: 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   라. 진단특약: 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.
   마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 수술 보장 대상 질병 및 재해: (별표1) 수술 보장 대상 질병 및 재해 분류표(Ⅱ)에서 정한 질병 및 재해를 말합니다.
   나. 재해: (별표2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   다. 장해: (별표3) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   라. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 최초계약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr) 에서 확인할 수 있습니다.
   다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
5. 특약의 갱신 관련 용어
   가. 최초계약: 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
   나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제13조의3(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
   다. 갱신일: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2 [특약의 보험기간]

① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2조의3 ["수술"의 정의와 장소]

① 이 특약에 있어서 "수술"이라 함은 「"의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)"의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)」가 피보험자의 "수술 보장 대상 질병 및 재해(별표1 참조)"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.

② 제1항에서 수술이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 또한, 눈 및 눈 부속기의 질환(제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 H00~H59)의 경우에는 레이저(Laser)수술도 포함됩니다.

용어 해설	**〈 절단(切斷) 〉** 특정부위를 잘라 내는 것 **〈 절제(切除) 〉** 특정부위를 잘라 없애는 것 **〈 신의료기술평가위원회 〉** 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 및 제2항의 "수술"은 "악성신생물(암) 근치 · 두개내신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy) 및 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료를 포함합니다.

④ 제2항의 눈 및 눈 부속기의 질환(제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 H00~H59)의 레이저(Laser)수술은 「다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술」, 「선천성질병으로 인한 수술」, 「국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술」인 경우는 제외합니다.

⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 아래에서 정한 사항은 수술에서 제외됩니다.

1. 흡인, 천자 등의 조치
2. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
3. 미용 성형상의 수술
4. 피임(避妊) 목적의 수술
5. 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등]
6. 발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술
7. 항암방사선치료와 항암약물치료
8. 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료

용어 해설	**〈 흡인(吸引) 〉** 주사기 등으로 빨아 들이는 것 **〈 천자(穿刺) 〉** 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

⑥ 제5항의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 고에너지 전리 방사선(ionizing

radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
⑦ 제5항의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
⑧ 제7항의 "항암면역요법"이라 함은 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다.

제2조의4 [특약의 보장개시일]
이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금의 지급

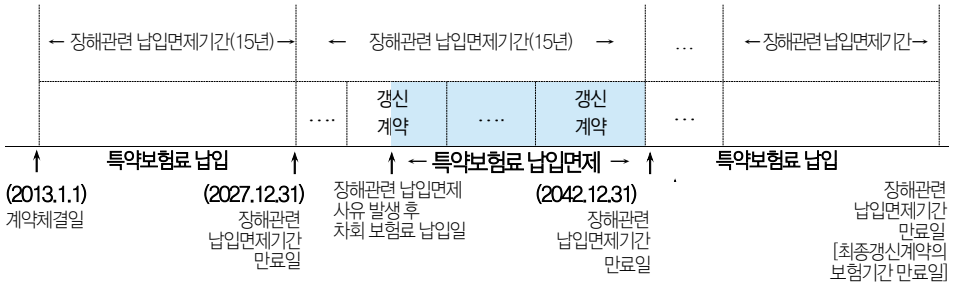
제3조 [보험금의 지급사유]
① 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2조의3("수술"의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받았을 경우에는 보험수익자에게 특약보험가입금액의 2%를 "수술보험금"으로 지급합니다. 다만, "수술보험금"은 보험연도 기준 연1회에 한하여 보장합니다.
② 제1항의 "보험연도"는 당해 연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말하며, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

설명	**<보험연도 계산 예시>** 보험계약일이 2016년 4월 1일인 경우 보험연도는 4월 1일부터 차년도 3월 31일까지 1년이 됩니다.

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]
① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우(단, 주계약이 유효한 경우에 한합니다)에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자의 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
⑤ 「장해관련 납입면제기간」은 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'을 주기로 하며, 「장해관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간' 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해관련 납입면제기간」으로 합니다.

<장해관련 납입면제기간 예시>

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



⑥ 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑦ 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑨ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑩ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 장해분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑮ 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)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑯계약자와 회사가 제3항 및 제4항의 보험료 납입면제에 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 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제

하지 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 지급사유 또는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
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 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[수술증명서, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 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.

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 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표4(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 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) 제15항 및 제16항에 따라 보험금 지급사유 등에 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 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제8조 [보험금 받는 방법의 변경]
이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제9조 [보험수익자의 지정]
이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]
계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 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, 진단특약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

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 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단특약의 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. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 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 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 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 않

습니다.
⑥ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)특약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)특약을 최초계약으로 봅니다].

제12조 [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 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.
② 제1항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]
① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 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 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 최초계약의 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑦ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]
① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으

로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제13조의3 [특약의 갱신]
① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 「주계약의 보험기간[다만, 주계약 체결시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간, 이하 같습니다] 만료일」로 합니다. 단, "최대 80세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, "최대 100세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라고 합니다)"에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.
⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
⑥ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당금액을 지급합니다.
⑦ 제6항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제14조 [특약의 무효]
특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.
③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 [특약의 소멸]

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
   가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(해지환급금을 받지 않은 경우에는 해지환급금이 없는 경우 또는 보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우를 포함하며, 이하 같습니다)
   나. 제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
   단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명	**〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉** 주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
   이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제7조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 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 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 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 계약을 준용합니다.
② 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 단, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제2항에도 불구하고 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
④ 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

⑤ 회사가 제4항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 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 제4항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
⑥ 제2항 및 제4항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]
① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 제1항에도 불구하고 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당되었을 때 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

1. 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 이 특

약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)

2. 주계약 약관에서 정하는 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간 종료일까지 남은 기간이 1개월 이상인 경우 (주계약의 보험료 납입기간 이후 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에 한합니다)

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

⑤ 제1항에서 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약을 청약할 때 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제20조 [계약자의 임의해지]

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

제21조 [중대사유로 인한 해지]

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표4(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항

제23조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

수술 보장 대상 질병 및 재해 분류표Ⅱ

1. "수술 보장 대상 질병 및 재해"의 정의

이 보험약관에서 "수술 보장 대상 질병 및 재해"는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 감염병(콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, A형간염)

2. "수술 보장 대상 질병 및 재해"에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 "수술 보장 대상 질병 및 재해"에 해당되지 않습니다.

① 다음의 "가~자"에 해당하는 사항

가. 정신 및 행동장애(F04~F99)

나. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

다. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)

라. 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)

마. 비만(E66)

바. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

사. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)

아. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

자. 한의병명, 한의병증, 사상체질병증 등 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

② 건강검진, 예방접종, 인공유산

다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.

③ 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

④ 단순한 피로 또는 권태

⑤ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

⑥ 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

⑦ 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)

⑧ 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다.

⑨ 고의적 자해로 인한 경우 [단, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서의 자해는 제외]

㈜ 1. ( ) 안은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 상의 분류번호이며,

제8차 개정 이후 상기 수술 보장 대상 질병 및 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 수술 보장 대상 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함되는 것으로 합니다.

2. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
3. 국민건강보험관련 법령 및 규정이 개정될 경우 이 특약은 개정된 국민건강보험관련 법령 및 규정을 준용합니다.

별표2 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표3 장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표4 **보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제7조 제2항 및 제22조 제2항 관련)**

구분	적립기간	적립이율
수술보험금 (제3조 제1항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

㈜ 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

플러스3대암진단특약1.0N(갱신형,무배당)약관

※ 이 특약의 갱신주기는 3년으로 합니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 [용어의 정의]

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

1. 특약관계 관련 용어
   가. 계약자: 회사와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   다. 보험증권: 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   라. 진단특약: 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.
   마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표7) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표8) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 최초계약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.
   다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
5. 특약의 갱신 관련 용어
   가. 최초계약: 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
   나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제13조의3(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
   다. 갱신일: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2 [특약의 보험기간]

① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 3년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2조의3 ["암" 등의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 별표2[악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

가. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병

나. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병

다. 제2조의5("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암

라. 제2조의6("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암

마. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

[유의사항]

한국표준질병 · 사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

설명	**〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉** · C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 이 특약에 있어서 "유방암"이라 함은 제1항에서 정한 암 중 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류 상 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 "전립선암"이라 함은 제1항에서 정한 암 중 별표4(전립선의 악성신생물 분류표)에 정한 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에 있어서 "3대암"이라 함은 "위의 악성신생물(C16)", "간 및 간내 담관의 악성신생물(C22)", "기관지 및 폐의 악성신생물(C34)" 등 별표3(3대암 분류표)에 정한 질병을 말합니다.

⑦ 이 특약에 있어서 "비침습 방광암"은 제2조의5("비침습 방광암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑧ 이 특약에 있어서 "대장점막내암"은 제2조의6("대장점막내암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑨ "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의4 ["제자리암"의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 "제자리암"이라 함은 별표5[제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정

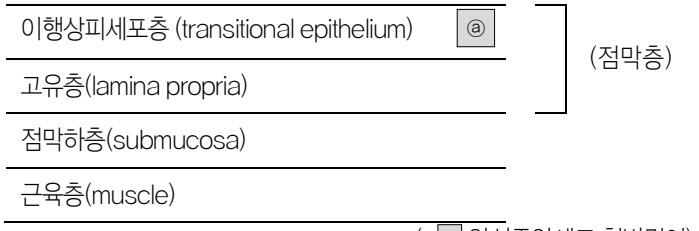
한 질병을 말합니다. 다만, “제2조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암” 및 “제2조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암”은 제외합니다.

② “제자리암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의5 [“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 "비침습 방광암"이라 함은 방광의 이행상피세포층(transitional epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 점막 고유층(lamina propria)까지는 침범하지 않은 비침습 유두암(papillary carcinoma) 상태로 ‘AJCC 암병기설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제7판’에서 정한 병기상 TaN0M0인 방광암을 말합니다.

<비침습 방광암 예시>



ⓐ 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

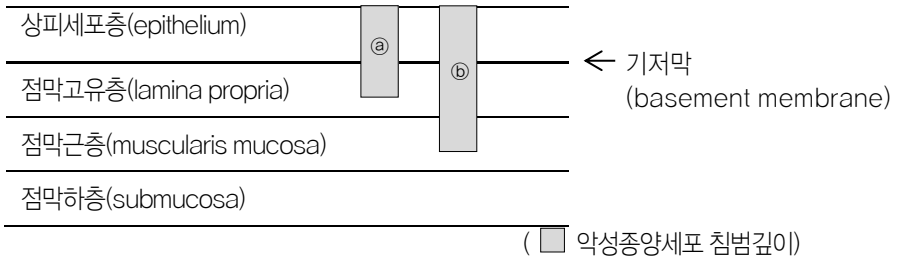
② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의6 [“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

<대장점막내암 예시>



ⓐ 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

ⓑ 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

② "대장점막내암"의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "대장점막내암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의7 ["경계성종양"의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 "경계성종양"이라 함은 한국표준질병 · 사인분류의 기본분류에 있어서 별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② "경계성종양"의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

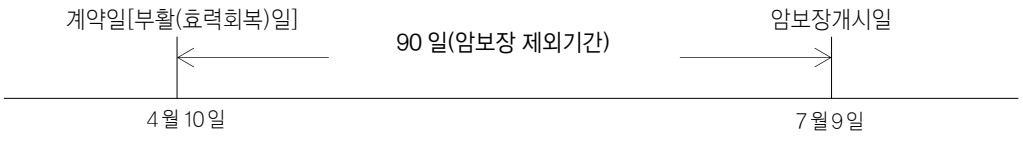
제2조의8 [특약의 보장개시일]

① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 제2조의3("암"등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 "암"보장에 대한 보장개시일은 최초계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 "암보장개시일"이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 단, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

<암보장개시일 예시>



※ "경계성종양", "제자리암", "기타피부암", "갑상선암", "비침습 방광암" 또는 "대장점막내암"의 경우 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 같습니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 다음 각 목의 "암진단보험금Ⅰ", "암진단보험금Ⅱ", "암진단보험금Ⅲ", "암진단보험금Ⅳ"을 합하여 "암진단보험금"이라 합니다.
   가. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정 되었을 경우 : 암진단보험금Ⅰ
   (단, 최초 1회에 한하며, 전립선암은 피보험자가 남성인 경우에 한함)
   나. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "전립선암"이외의 암으로 진단 확정 되었을 경우 : 암진단보험금Ⅱ
   (단, 최초 1회에 한함)
   다. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「"유방암" 및 "전립선암"」이외의 암으로 진단 확정 되었을 경우 : 암진단보험금Ⅲ
   (단, 최초 1회에 한함)
   라. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "3대암"으로 진단 확정 되었을 경우 : 암진단보험금Ⅳ
   (단, 최초 1회에 한함)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "제자리암", "경계성종양", "기타피부암", "갑상선암","비침습 방광암" 또는 "대장점막내암" 으로 진단 확정 되었을 경우 : 소액암진단보험금
   (단, 6가지 분류질병 "제자리암", "경계성종양", "기타피부암", "갑상선암", "비침습 방광암" 및 "대장점막내암" 에 대해 각각 1회의 진단 확정에 한하여 지급)
   (이하 암진단보험금, 소액암진단보험금을 합하여 "진단보험금"이라 합니다)

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

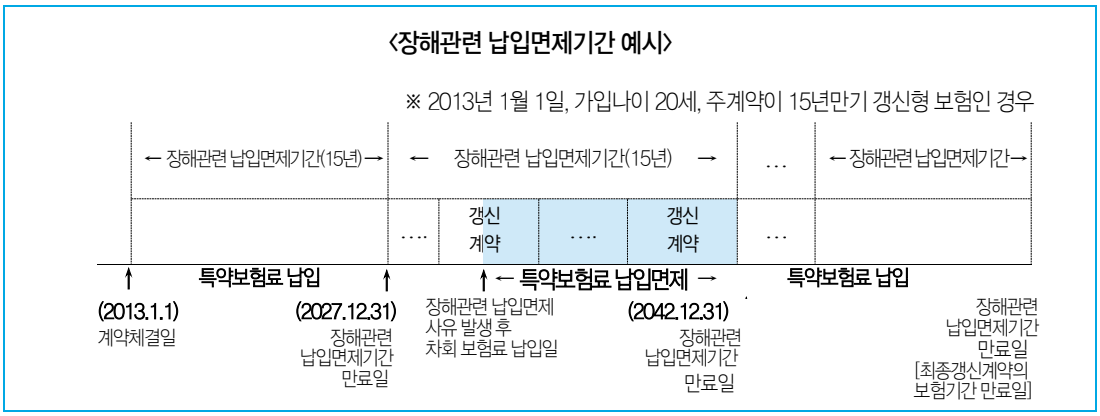
① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 경우(단, 주계약이 유효한 경우에 한합니다)에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표8 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다

⑤ 「장해관련 납입면제기간」은 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'을 주기로 하며, 「장해관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해관련 납입면제기간」으로 합니다.



⑥ 암보장개시일 이후 보험료 납입기간 중 피보험자가 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암, 대장점막내암 제외)으로 진단 확정 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 피보험자가 암으로 진단 확정받아 보험료의 납입이 면제되고 이후 갱신계약에서 이미 보험료의 납입을 면제한 암과 동일한 암으로 진단되는 경우(이미 보험료의 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함)에는 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

⑧ 제6항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제13조의3(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

⑨ 피보험자에게 암보장개시일 이후 최초계약의 「계약일부터 1년 이내(계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)」에 3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다.

⑩ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고, 그 후에 "암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 회사가 보장을 합니다.

⑪ 피보험자에게 "유방암, 전립선암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암"으로 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금의 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 진단보험금이 지급된 "유방암, 전립선암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암"과 동일한 질병인 경우(이미 진단보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

⑫ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑬ 제11항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단 확정되어 보험금이 지급된 "유방암, 전립선암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암"이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑭ 제13항의'보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑮ 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표8 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑯제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑰제15항 및 제16항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑱이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑲제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표8 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
⑳제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(별표8 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
㉑제20항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표8 참조) 상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표8 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
㉒장해분류표(별표8 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표8 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
㉓보험수익자와 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)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
㉔계약자와 회사가 제3항, 4항 및 제6항의 보험료 납입면제에 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 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]
회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 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 지급사유 또는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
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 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[해당 질병 진단서(병명기입), 진료기록부, 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 장해진단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 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.

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 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표9(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 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) 제23항 및 제24항에 따라 보험금 지급사유 등에 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 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 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, 진단특약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서

사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

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 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단특약의 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. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 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 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 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 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)특약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)특약을 최초계약으로 봅니다].

제12조 [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 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 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 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 최초계약의 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다. 단, 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제7항 및 제11항에 해당하는 경우에는 보장하지 않습니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제13조의3 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 「주계약의 보험기간[다만, 주계약 체결시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시전 보험기간, 주계약이 갱신

형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간, 이하 같습니다] 만료일」로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
3. 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유가 발생한 경우(단, 유방암, 전립선암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.
⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
⑥ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.
⑦ 제6항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제14조 [특약의 무효]

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2조의3("암"등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한"암"으로 진단 확정되는 경우

제15조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.
③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 [특약의 소멸]

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(해지환급금을 받지 않은 경우에는 해지환급금이 없는 경우 또는 보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우를 포함하며, 이하 같습니다)

나. 제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	**〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉** 주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제3호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항 제3호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제7조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 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 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 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 계약을 준용합니다.

② 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제2항에도 불구하고 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에는 이 특약의 보험료 납입이 면제되는 동안 이 특약을 해지하지 않습니다.
④ 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

⑤ 회사가 제4항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 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 제4항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
⑥ 제2항 및 제4항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 제1항에도 불구하고 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당되었을 때 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

1. 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)
2. 주계약 약관에서 정하는 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간 종료일까지 남은 기간이 1개월 이상인 경우(주계약의 보험료 납입기간 이후 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에 한합니다)

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
⑤ 제1항에서 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약을 청약할 때 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제20조 [계약자의 임의해지]

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

제21조 [중대사유로 인한 해지]

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표9(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표

(1) 암진단보험금 (약관 제3조 제1호)

암진단 보험금Ⅰ (최초 1회에 한함)	지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정 되었을 경우 (단, 전립선암은 피보험자가 남성인 경우에 한함)
	지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 20% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 10%
암진단 보험금Ⅱ (최초 1회에 한함)	지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "전립선암"이외의 암으로 진단 확정 되었을 경우
	지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 20% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 10%
암진단 보험금Ⅲ (최초 1회에 한함)	지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「"유방암" 및 "전립선암」 이외의 암으로 진단 확정 되었을 경우
	지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 60% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 30%
암진단 보험금Ⅳ (최초 1회에 한함)	지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "3대암"으로 진단 확정 되었을 경우
	지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

(2) 소액암진단보험금 (약관 제3조 제2호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양 또는 갑상선암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 경계성종양, 갑상선암에 대해 각각 1회의 진단 확정에 한함)
지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 20% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 10%

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제자리암, 기타피부암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 제자리암, 기타피부암, 비침습 방광암, 대장점막내암에 대해 각각 1회의 진단 확정에 한함)
지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 10% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 5%

㈜ 1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 「계약일부터 1년 이내(계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)」의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

2. 약관 제2조의3("암" 등의 정의 및 진단 확정), 제2조의5("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정) 및 제2조의6("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에 따라 "기타피부암", "갑상선암", "비침습 방광암" 및 "대장점막내암"은 "암"의 정의에서 제외되는 바, "기타피부암", "갑상선암", "비침습 방광암" 또는 "대장점막내암"으로 보험금 지급사유가 발생한 경우 "기타피부암", "갑상선암", "비침습 방광암" 또는 "대장점막내암" 각각에 해당하는 보험금을 지급하고 "암"에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.

3. “3대암”이라 함은 “위의 악성신생물(C16)”,“간 및 간내 담관의 악성신생물(C22)”, “기관지 및 폐의 악성신생물(C34)” 등 별표3(3대암 분류표)에 정한 질병을 말합니다.
4. 약관 제2조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “비침습 방광암”으로 보험금 지급사유가 발생한 경우 “비침습 방광암”에 해당하는 보험금을 지급하고 “제자리암”에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
5. 약관 제2조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “대장점막내암”으로 보험금 지급사유가 발생한 경우 “대장점막내암”에 해당하는 보험금을 지급하고“제자리암”에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
6. 피보험자에게 “유방암, 전립선암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암”으로 약관 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금의 지급사유가 발생하더라도 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 진단보험금이 지급된 “유방암, 전립선암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암”과 동일한 질병인 경우(이미 진단보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
7. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 단, 부활(효력회복)특약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.
8. 피보험자에게 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)으로 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 상기 암진단보험금Ⅰ, 암진단보험금Ⅱ, 암진단보험금Ⅲ, 암진단보험금Ⅳ 중에서 피보험자의 진단 확정된 암에 해당하는 각 지급금액을 더하여 지급합니다. 다만, 암진단보험금Ⅰ, 암진단보험금Ⅱ, 암진단보험금Ⅲ, 암진단보험금Ⅳ은 각 최초 1회에 한하여 지급되므로 이 특약의 보험기간 중 이미 지급한 금액은 다시 지급하지 않습니다.
   예를 들어, 이 특약의 보험기간 중 유방암으로 진단 확정되어 암진단보험금을 지급하는 경우 암진단보험금Ⅰ과 암진단보험금Ⅱ를 더하여 지급합니다. 다만, 이 피보험자가 유방암으로 진단확정 받기 이전에 전립선암으로 진단 확정되어 이미 암진단보험금Ⅰ을 지급받은 경우에는 암진단보험금Ⅱ만 지급합니다.

구 분	전립선암	유방암	「유방암 및 전립선암」 이외의 암	3대암
암진단보험금Ⅰ	지급	지급	지급	지급
암진단보험금Ⅱ	해당없음	지급	지급	지급
암진단보험금Ⅲ	해당없음	해당없음	지급	지급
암진단보험금Ⅳ	해당없음	해당없음	해당없음	지급

별표2 **악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)**

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45-C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물	C60-C63
10. 요로의 악성신생물	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69-C72
12. 부신의 악성신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명부위의 악성신생물	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

㈜ 1. 제8차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 한국표준질병 · 사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

3. '요로의 악성신생물(C64-C68)'의 경우 이 특약 제2조의5("비침습 방광암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "비침습 방광암"은 제외됩니다.

4. '소화기관의 악성신생물(C15-C26)'의 경우 이 특약 제2조의6("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.

별표3

3대암 분류표

약관에 규정하는 3대암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
위의 악성신생물	C16
간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
담낭의 악성신생물	C23
담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물	C24
기관의 악성신생물	C33
기관지 및 폐의 악성신생물	C34

㈜ 제8차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류에서 에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

별표4

전립선의 악성신생물 분류표

약관에 규정하는 전립선의 악성신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
전립선의 악성신생물	C61

㈜ 1. 제8차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류에서 에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 한국표준질병 · 사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

별표5

제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 제자리암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리 암종	D02
4. 제자리 흑색종	D03
5. 피부의 제자리 암종	D04
6. 유방의 제자리 암종	D05
7. 자궁경부의 제자리 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종	D09

㈜ 1. 제8차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. '기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종(D09)' 의 경우 이 특약 제2조의5("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정) 에서 정한"비침습 방광암"은 제외됩니다.

3. '기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종(D01)'의 경우 이 특약 제2조의6("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.

별표6

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동 양식 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 신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

㈜ 제8차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

별표 7 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표8 장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표9 **보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제7조 제2항 및 제22조 제2항 관련)**

구 분	기 간	적립이율
암진단보험금 (제3조 제1호) 및 소액암진단보험금 (제3조 제2호)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

㈜ 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

3. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

플러스3대암진단특약N15(갱신형,무배당)약관

※ 상품명칭의 "15"는 "갱신주기 15년"을 의미합니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 [용어의 정의]

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

1. 특약관계 관련 용어
   가. 계약자: 회사와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   다. 보험증권: 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   라. 진단특약: 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.
   마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표7) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표8) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 최초계약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.
   다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
5. 특약의 갱신 관련 용어
   가. 최초계약: 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
   나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제13조의3(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
   다. 갱신일: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2 [특약의 보험기간]

① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 별표2[악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

가. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병

나. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병

다. 제2조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암

라. 제2조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암

마. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

[유의사항]

한국표준질병 · 사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

설명	**〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉** · C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 이 특약에 있어서 “유방암”이라 함은 제1항에서 정한 암 중 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류 상 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “전립선암”이라 함은 제1항에서 정한 암 중 별표4(전립선의 악성신생물 분류표)에 정한 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에 있어서 “3대암”이라 함은 “위의 악성신생물(C16)”, “간 및 간내 담관의 악성신생물(C22)”, “기관지 및 폐의 악성신생물(C34)” 등 별표3(3대암 분류표)에 정한 질병을 말합니다.

⑦ 이 특약에 있어서 "비침습 방광암"은 제2조의5("비침습 방광암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑧ 이 특약에 있어서 "대장점막내암"은 제2조의6("대장점막내암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑨ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의4 [“제자리암”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 별표5[제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정

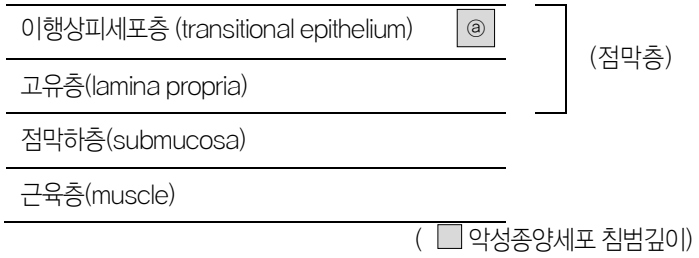
한 질병을 말합니다. 다만, “제2조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암” 및 “제2조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암”은 제외합니다.

② “제자리암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의5 [“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 "비침습 방광암"이라 함은 방광의 이행상피세포층(transitional epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 점막 고유층(lamina propria)까지는 침범하지 않은 비침습 유두암(papillary carcinoma) 상태로 ‘AJCC 암병기설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제7판’에서 정한 병기상 TaN0M0인 방광암을 말합니다.

<비침습 방광암 예시>



ⓐ 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

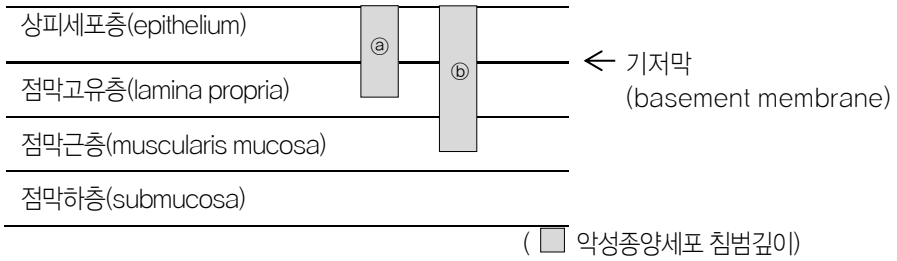
② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의6 [“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

<대장점막내암 예시>



ⓐ 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

ⓑ 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

② "대장점막내암"의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "대장점막내암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의7 ["경계성종양"의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 "경계성종양"이라 함은 한국표준질병 · 사인분류의 기본분류에 있어서 별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② "경계성종양"의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

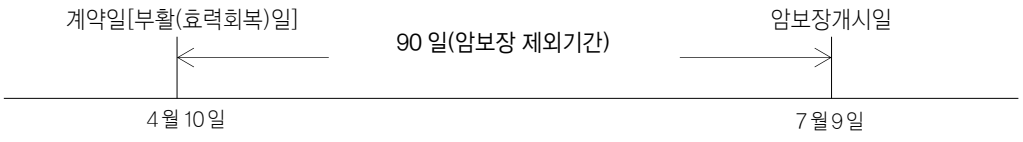
제2조의8 [특약의 보장개시일]

① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 제2조의3("암"등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 "암"보장에 대한 보장개시일은 최초계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 "암보장개시일"이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 단, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

<암보장개시일 예시>



※ "경계성종양", "제자리암", "기타피부암", "갑상선암", "비침습 방광암" 또는 "대장점막내암"의 경우 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 같습니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 다음 각 목의 "암진단보험금Ⅰ", "암진단보험금Ⅱ", "암진단보험금Ⅲ", "암진단보험금Ⅳ"을 합하여 "암진단보험금"이라 합니다.
   가. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정 되었을 경우 : 암진단보험금Ⅰ
   (단, 최초 1회에 한하며, 전립선암은 피보험자가 남성인 경우에 한함)
   나. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "전립선암"이외의 암으로 진단 확정 되었을 경우 : 암진단보험금Ⅱ
   (단, 최초 1회에 한함)
   다. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「"유방암" 및 "전립선암"」이외의 암으로 진단 확정 되었을 경우 : 암진단보험금Ⅲ
   (단, 최초 1회에 한함)
   라. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "3대암"으로 진단 확정 되었을 경우 : 암진단보험금Ⅳ
   (단, 최초 1회에 한함)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "제자리암", "경계성종양", "기타피부암", "갑상선암","비침습 방광암" 또는 "대장점막내암" 으로 진단 확정 되었을 경우 : 소액암진단보험금
   (단, 6가지 분류질병 "제자리암", "경계성종양", "기타피부암", "갑상선암", "비침습 방광암" 및 "대장점막내암" 에 대해 각각 1회의 진단 확정에 한하여 지급)
   (이하 암진단보험금, 소액암진단보험금을 합하여 "진단보험금"이라 합니다)

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 경우(단, 주계약이 유효한 경우에 한합니다)에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

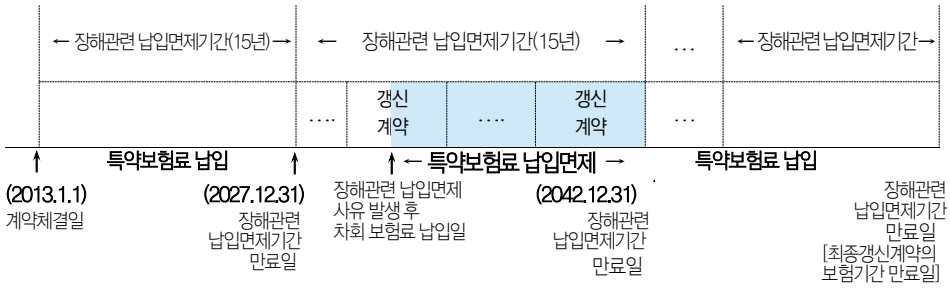
③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표8 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다

⑤ 「장해관련 납입면제기간」은 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'을 주기로 하며, 「장해관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해관련 납입면제기간」으로 합니다.

<장해관련 납입면제기간 예시>

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



⑥ 암보장개시일 이후 보험료 납입기간 중 피보험자가 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암, 대장점막내암 제외)으로 진단 확정 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 피보험자가 암으로 진단 확정받아 보험료의 납입이 면제되고 이후 갱신계약에서 이미 보험료의 납입을 면제한 암과 동일한 암으로 진단되는 경우(이미 보험료의 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함)에는 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

⑧ 제6항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제13조의3(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

⑨ 피보험자에게 암보장개시일 이후 최초계약의 「계약일부터 1년 이내(계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)」에 3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다.

⑩ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고, 그 후에 "암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 회사가 보장을 합니다.

⑪ 피보험자에게 "유방암, 전립선암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암"으로 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금의 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 진단보험금이 지급된 "유방암, 전립선암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암"과 동일한 질병인 경우(이미 진단보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

⑫ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑬ 제11항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단 확정되어 보험금이 지급된 "유방암, 전립선암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암"이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑭ 제13항의'보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑮ 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표8 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑯제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑰제15항 및 제16항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑱이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑲제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표8 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
⑳제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(별표8 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
㉑제20항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표8 참조) 상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표8 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
㉒장해분류표(별표8 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표8 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
㉓보험수익자와 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)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
㉔계약자와 회사가 제3항, 4항 및 제6항의 보험료 납입면제에 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 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]
회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 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 지급사유 또는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
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 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[해당 질병 진단서(병명기입), 진료기록부, 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 장해진단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 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.

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 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표9(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 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) 제23항 및 제24항에 따라 보험금 지급사유 등에 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 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 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, 진단특약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서

사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

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 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단특약의 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. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 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 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 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 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)특약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)특약을 최초계약으로 봅니다].

제12조 [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 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 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 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 최초계약의 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다. 단, 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제7항 및 제11항에 해당하는 경우에는 보장하지 않습니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제13조의3 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 「주계약의 보험기간[다만, 주계약 체결시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시전 보험기간, 주계약이 갱신

형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간, 이하 같습니다] 만료일」로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
3. 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유가 발생한 경우(단, 유방암, 전립선암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.
⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
⑥ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.
⑦ 제6항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제14조 [특약의 무효]

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2조의3("암"등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한"암"으로 진단 확정되는 경우

제15조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.
③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 [특약의 소멸]

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(해지환급금을 받지 않은 경우에는 해지환급금이 없는 경우 또는 보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우를 포함하며, 이하 같습니다)

나. 제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	**〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉** 주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제3호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항 제3호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제7조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 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 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 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 계약을 준용합니다.

② 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제2항에도 불구하고 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에는 이 특약의 보험료 납입이 면제되는 동안 이 특약을 해지하지 않습니다.
④ 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

⑤ 회사가 제4항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 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 제4항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
⑥ 제2항 및 제4항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 제1항에도 불구하고 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당되었을 때 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

1. 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)
2. 주계약 약관에서 정하는 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간 종료일까지 남은 기간이 1개월 이상인 경우(주계약의 보험료 납입기간 이후 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에 한합니다)

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
⑤ 제1항에서 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약을 청약할 때 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제20조 [계약자의 임의해지]

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

제21조 [중대사유로 인한 해지]

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표9(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표

(1) 암진단보험금 (약관 제3조 제1호)

암진단 보험금Ⅰ (최초 1회에 한함)	지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정 되었을 경우 (단, 전립선암은 피보험자가 남성인 경우에 한함)
	지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 20% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 10%
암진단 보험금Ⅱ (최초 1회에 한함)	지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "전립선암"이외의 암으로 진단 확정 되었을 경우
	지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 20% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 10%
암진단 보험금Ⅲ (최초 1회에 한함)	지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「"유방암" 및 "전립선암」 이외의 암으로 진단 확정 되었을 경우
	지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 60% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 30%
암진단 보험금Ⅳ (최초 1회에 한함)	지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "3대암"으로 진단 확정 되었을 경우
	지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

(2) 소액암진단보험금 (약관 제3조 제2호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양 또는 갑상선암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 경계성종양, 갑상선암에 대해 각각 1회의 진단 확정에 한함)
지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 20% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 10%

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제자리암, 기타피부암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 제자리암, 기타피부암, 비침습 방광암, 대장점막내암에 대해 각각 1회의 진단 확정에 한함)
지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 10% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 5%

㈜ 1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 「계약일부터 1년 이내(계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)」의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

2. 약관 제2조의3("암" 등의 정의 및 진단 확정), 제2조의5("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정) 및 제2조의6("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에 따라 "기타피부암", "갑상선암", "비침습 방광암" 및 "대장점막내암"은 "암"의 정의에서 제외되는 바, "기타피부암", "갑상선암", "비침습 방광암" 또는 "대장점막내암"으로 보험금 지급사유가 발생한 경우 "기타피부암", "갑상선암", "비침습 방광암" 또는 "대장점막내암" 각각에 해당하는 보험금을 지급하고 "암"에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.

3. “3대암”이라 함은 “위의 악성신생물(C16)”,“간 및 간내 담관의 악성신생물(C22)”, “기관지 및 폐의 악성신생물(C34)” 등 별표3(3대암 분류표)에 정한 질병을 말합니다.
4. 약관 제2조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “비침습 방광암”으로 보험금 지급사유가 발생한 경우 “비침습 방광암”에 해당하는 보험금을 지급하고 “제자리암”에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
5. 약관 제2조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “대장점막내암”으로 보험금 지급사유가 발생한 경우 “대장점막내암”에 해당하는 보험금을 지급하고“제자리암”에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
6. 피보험자에게 “유방암, 전립선암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암”으로 약관 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금의 지급사유가 발생하더라도 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 진단보험금이 지급된 “유방암, 전립선암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암”과 동일한 질병인 경우(이미 진단보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
7. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 단, 부활(효력회복)특약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.
8. 피보험자에게 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)으로 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 상기 암진단보험금Ⅰ, 암진단보험금Ⅱ, 암진단보험금Ⅲ, 암진단보험금Ⅳ 중에서 피보험자의 진단 확정된 암에 해당하는 각 지급금액을 더하여 지급합니다. 다만, 암진단보험금Ⅰ, 암진단보험금Ⅱ, 암진단보험금Ⅲ, 암진단보험금Ⅳ은 각 최초 1회에 한하여 지급되므로 이 특약의 보험기간 중 이미 지급한 금액은 다시 지급하지 않습니다.
   예를 들어, 이 특약의 보험기간 중 유방암으로 진단 확정되어 암진단보험금을 지급하는 경우 암진단보험금Ⅰ과 암진단보험금Ⅱ를 더하여 지급합니다. 다만, 이 피보험자가 유방암으로 진단확정 받기 이전에 전립선암으로 진단 확정되어 이미 암진단보험금Ⅰ을 지급받은 경우에는 암진단보험금Ⅱ만 지급합니다.

구 분	전립선암	유방암	「유방암 및 전립선암」 이외의 암	3대암
암진단보험금Ⅰ	지급	지급	지급	지급
암진단보험금Ⅱ	해당없음	지급	지급	지급
암진단보험금Ⅲ	해당없음	해당없음	지급	지급
암진단보험금Ⅳ	해당없음	해당없음	해당없음	지급

별표2 **악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)**

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45-C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물	C60-C63
10. 요로의 악성신생물	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69-C72
12. 부신의 악성신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명부위의 악성신생물	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

㈜ 1. 제8차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 한국표준질병 · 사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

3. '요로의 악성신생물(C64-C68)'의 경우 이 특약 제2조의5("비침습 방광암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "비침습 방광암"은 제외됩니다.

4. '소화기관의 악성신생물(C15-C26)'의 경우 이 특약 제2조의6("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.

별표3

3대암 분류표

약관에 규정하는 3대암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
위의 악성신생물	C16
간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
담낭의 악성신생물	C23
담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물	C24
기관의 악성신생물	C33
기관지 및 폐의 악성신생물	C34

㈜ 제8차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류에서 에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

별표4

전립선의 악성신생물 분류표

약관에 규정하는 전립선의 악성신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
전립선의 악성신생물	C61

㈜ 1. 제8차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류에서 에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 한국표준질병 · 사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

별표5

제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 제자리암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리 암종	D02
4. 제자리 흑색종	D03
5. 피부의 제자리 암종	D04
6. 유방의 제자리 암종	D05
7. 자궁경부의 제자리 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종	D09

㈜ 1. 제8차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. '기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종(D09)' 의 경우 이 특약 제2조의5("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정) 에서 정한"비침습 방광암"은 제외됩니다.

3. '기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종(D01)'의 경우 이 특약 제2조의6("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.

별표6

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동 양식 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 신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

㈜ 제8차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

별표 7 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표8 장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표9 **보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제7조 제2항 및 제22조 제2항 관련)**

구 분	기 간	적립이율
암진단보험금 (제3조 제1호) 및 소액암진단보험금 (제3조 제2호)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

㈜ 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

3. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

항암방사선 · 약물치료특약ⅢN15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 [용어의 정의]

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

1. 특약관계 관련 용어
   가. 계약자: 회사와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   다. 보험증권: 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   라. 진단특약: 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.
   마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표3) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표4) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 최초계약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.
   다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
5. 특약의 갱신 관련 용어
   가. 최초계약: 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
   나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제13조의3(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
   다. 갱신일: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제2조의2 [특약의 보험기간]

① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2조의3 ["암" 등의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서"암"이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 별표2[악성신생물 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

가. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병

나. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병

다. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

[유의사항]

한국표준질병 · 사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

설명	**〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉** · C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

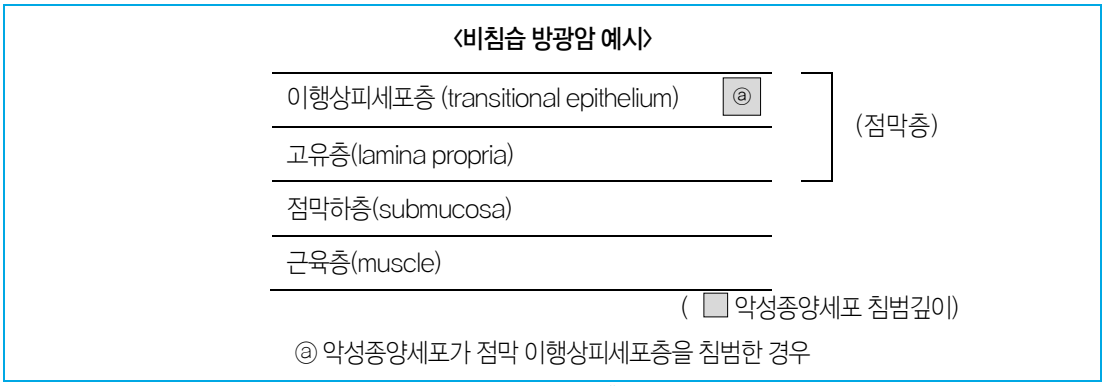
② 이 특약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암", "기타피부암" 및 "갑상선암" 의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암" 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의4 ["비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 "비침습 방광암"이라 함은 방광의 이행상피세포층(transitional epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 점막 고유층(lamina propria)까지는 침범하지 않은 비침습 유두암(papillary carcinoma) 상태로 'AJCC 암병기설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제7판'에서 정한 병기상 TaN0M0인 방광암을 말합니다.

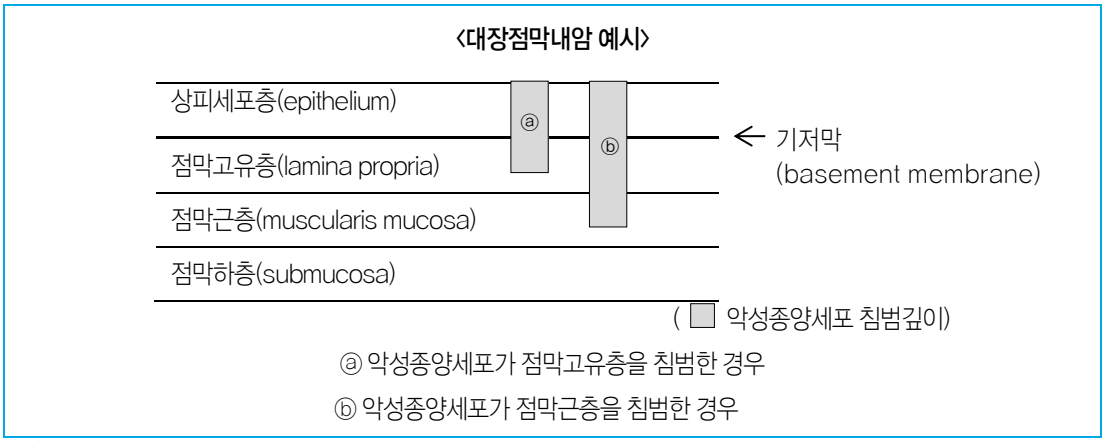


② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 "비침습 방광암"의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ "비침습 방광암"의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "비침습 방광암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의5 ["대장점막내암"의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서"대장점막내암"이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



② "대장점막내암"의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "대장점막내암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의6 ["항암방사선치료"및"항암약물치료" 의 정의]

① 이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암, 기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암, 기타피부암 또는

갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 단, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

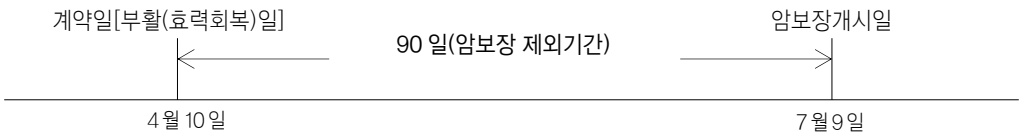
제2조의7 [특약의 보장개시일]

① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 제2조의3("암" 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 "암"보장에 대한 보장개시일은 최초계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 "암보장개시일"이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 단, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

<암보장개시일 예시>



※ 기타피부암 또는 갑상선암의 경우 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 같습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1"보험금 지급기준표"참조)을 항암방사선 · 약물치료보험금으로 지급합니다.

1. 피보험자가 최초계약의 암보장개시일 이후에 "암"으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 "암"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료" 또는 "항암약물치료"를 받은 경우(다만, "항암방사선치료"또는 "항암약물치료" 둘 중 최초 1회에 한하여 지급)
2. 피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 "기타피부암"또는 "갑상선암"으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료" 또는 "항암약물치료"를 받은 경우(다만, "기타피부암"또는 "갑상선암" 각각 "항암방사선치료"또는 "항암약물치료" 둘 중 최초 1회에 한하여 지급)

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우(단, 주계약이 유효한 경우에 한합니다)에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신

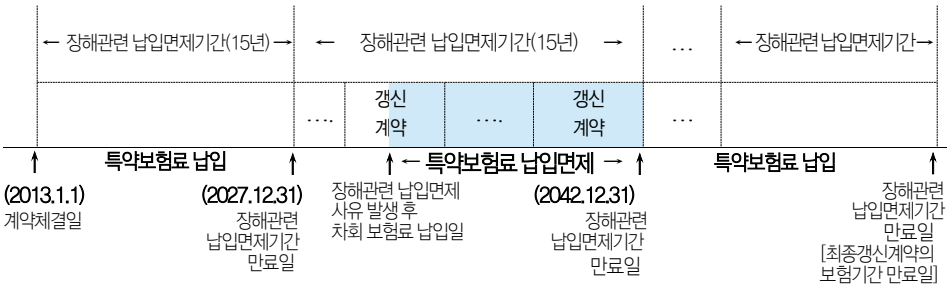
체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자의 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

⑤ 「장해관련 납입면제기간」은 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'을 주기로 하며, 「장해관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간' 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해관련 납입면제기간」으로 합니다.

<장해관련 납입면제기간 예시>

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



⑥ 피보험자에게 「암, 기타피부암 또는 갑상선암」으로 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선 · 약물치료보험금의 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 항암방사선 · 약물치료보험금이 지급된 「암, 기타피부암 또는 갑상선암」과 동일한 경우(이미 항암방사선 · 약물치료보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발된 경우) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

⑩ 제8항 및 제9항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑫ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표4 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(별표4 참조)의 각 신체부위별 판정기준

에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표4 참조) 상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑮ 장해분류표(별표4 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표4 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
⑯보험수익자와 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)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑰계약자와 회사가 제3항 및 제4항에 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 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]
회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 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 지급사유 또는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
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 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서, 질병 진단서, 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 장해진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 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 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 같이 계산합니다.
③ 회사가 보험금 지급사유를 조사 · 확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상

되는 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) 제16항 및 제17항에 따라 보험금 지급사유 등에 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 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 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, 진단특약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

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 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단특약의 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. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 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 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 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 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)특약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)특약을 최초계약으로 봅니다].

제12조 [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 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 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 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 최초계약의 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다. 단, 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항에 해당하는 경우에는 보장하지 않습니다.
⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑦ 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]
① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제13조의3 [특약의 갱신]
① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 「주계약의 보험기간[다만, 주계약 체결시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간, 이하 같습니다] 만료일」로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
3. 피보험자에게 약관에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우(다만, 기타피부암 또는 갑상선암으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 경우는 제외)

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라고 합니다)"에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
⑥ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.
⑦ 제6항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제14조 [특약의 무효]
다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2조의3("암"등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한"암"으로 진단 확정되는 경우

제15조 [특약내용의 변경 등]
① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.
③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 [특약의 소멸]
① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
   가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(해지환급금을 받지 않은 경우에는 해지환급금이 없는 경우 또는 보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우를 포함하며, 이하 같습니다)
   나. 제19조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
   단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명	**〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉** 주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
   이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제7조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 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 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 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 계약을 준용합니다.

② 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 단, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

④ 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에

특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

⑤ 회사가 제4항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 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 제4항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

⑥ 제2항 및 제4항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

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

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당되었을 때 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

1. 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)
2. 주계약 약관에서 정하는 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간 종료일까지 남은 기간이 1개월 이상인 경우(주계약의 보험료 납입기간 이후 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에 한합니다)

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

⑤ 제1항에서 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약을 청약할 때 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제20조 [계약자의 임의해지]

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

제21조 [중대사유로 인한 해지]

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류

또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항

제23조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표

[항암방사선 · 약물치료보험금(약관 제3조)]

지급사유	피보험자가 최초계약의 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 “암” 의 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료”를 받은 경우(다만, “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료” 둘 중 최초 1회에 한하여 지급)
지급금액	특약보험가입금액의 10%

지급사유	피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료” 를 받은 경우(다만, “기타피부암” 또는 “갑상선암” 각각 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료” 둘 중 최초 1회에 한하여 지급)
지급금액	특약보험가입금액의 1%

㈜ 1. 약관 제2조의3(“암”등의 정의 및 진단 확정)에 따라 “기타피부암”및 “갑상선암” 은 “암”의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암”또는 “갑상선암”으로 보험금 지급사유가 발생한 경우 “기타피부암”또는 “갑상선암”각각에 해당하는 항암방사선 · 약물치료보험금을 지급하고 “암”에 해당하는 항암방사선 · 약물치료보험금은 지급하지 않습니다.

2. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 단, 부활(효력회복)특약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

3. “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료”의 경우 둘 중 최초 1회에 한하여 보장하므로, 둘 중 하나에 해당하여 항암방사선 · 약물치료보험금이 지급된 경우 다른 하나에 해당하더라도 항암방사선 · 약물치료보험금을 지급하지 않습니다.

별표2

악성신생물 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45-C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물	C60-C63
10. 요로의 악성신생물	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69-C72
12. 부신의 악성신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

㈜ 1. 제8차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 한국표준질병 · 사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

별표 3 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표 4 장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표5 **보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제7조 제2항 및 제22조 제2항 관련)**

구분	적립기간	적립이율
항암방사선 · 약물치료보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

㈜ 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

3. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

건강우대특약(무배당) 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제 1 관 보험계약의 성립과 유지

제 1 조 [특약의 체결 및 소멸]

① 이 특약은 회사가 별도로 정하는 주계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함할 수 있으며, 이하 같습니다)을 체결할 때 또는 주계약의 보험기간 중 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② '주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우' 또는 '이 특약의 피보험자가 사망한 경우'에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제 2 조 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우 청약한 이후의 해당 보험료부터 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)에 정한 바에 따라 비흡연자 우량체 사망률로 계산한 보험요율이 적용됨으로써 보장이 개시됩니다.

설명	〈 비흡연자 우량체 사망률 〉 피보험자가 비흡연자로서 건강상태가 양호하여 회사가 정한 기준에 충족하는 경우 적용되는 사망률

제 3 조 [피보험자의 범위]

이 특약의 적용을 받는 피보험자는 이 특약이 부가되는 주계약에서 정한 사망보험금의 지급사유 발생 대상이 되는 피보험자 중 회사의 승낙을 얻은 자로 합니다.

제 4 조 [피보험자의 가입자격]

이 특약의 피보험자는 제 1 호에서 정한 건강상태와 제 2 호에서 정한 피보험자의 가입자격을 모두 충족한 자로 합니다.

1. 이 특약을 가입할 수 있는 피보험자의 건강상태 요건은 다음과 같습니다.
   가. 적어도 최근 1년간 어떠한 형태와 종류를 불문하고 담배를 피우거나 씹거나 또는 기타 이와 유사한 형태로 사용(이하 총칭하여 "흡연(吸煙)" 이라 합니다)하지 않은 자
   나. 수축기혈압(SYSTOLIC)이 140mmHg 미만이고 이완기혈압(DIASTOLIC)이 90mmHg 미만인 자
   다. 체질량 지수(Body Mass Index, BMI) 수치(Kg / (m)제곱)가 17 이상이고 26 이하인 자 [체질량 지수(Body Mass Index, BMI)란 체중(Kilogram)을 신장(Meter)의 제곱으로 나눈 값(Kg / (m)제곱) 을 말합니다]
2. 이 특약을 가입할 수 있는 피보험자의 가입자격은 다음과 같습니다.
   가. 이 특약의 가입시점에 '특별조건부특약'을 부가하지 않고도 주계약 가입이 가능한 자('특별조건부특약'을 부가하여 주계약을 가입하였으나 건강상태 호전 등으로 인하여 이 특약의 가입시점에 '특별조건부특약'을 부가하지 않고도 주계약 가입이 가능한 상태가 된 경우를 포함)
   나. 이 특약 가입시점의 주계약 보험나이가 20세 이상인 자

제 5 조 [특약의 감액]

① 계약자가 회사의 정하는 바에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이 경우 감액분에 대하여 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 감액으로 인하여 보험가입금액이 회사에서 정한 주계약의 최저보험가입금액의 한도 미만이 되었을 때에는 이 특약은 해지되며, 주계약의 보험료는 감액일 이후 납입 해당분부터 주계약의 할인 전 보험료로 변경됩니다.

제 6 조 [흡연상태 변경통지 및 흡연상태의 변경 등이 있을 때의 처리]

① 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 30 일 이상 흡연을 한 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체 없이 회사에 이 사실을 서면으로 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

② 회사는 제 1 항의 서면통지를 받은 날부터 1 개월 이내에 이 특약의 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산된 금액(이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금의 차이로 인하여 발생한 금액으로서, 이하 "정산차액"이라 합니다)을 계약자에게 추가 납입하도록 하며, 계약자는 「이 특약에 따라 할인된 보험료(이하 "우량체 보험료"라 합니다)」와 동일한 기준(보험기간, 납입기간, 피보험자의 가입나이 등)으로 산출된 「이 특약의 적용 전 납입하여야 할 보험료(이하 "표준체 보험료"라 합니다)」를 향후 납입보험료로 적용받고, 이 특약은 장래에 향하여 해지됩니다. 단, 보험료의 납입이 완료되거나 면제된 계약의 경우 계약자는 정산차액만을 추가 납입합니다.

③ 계약자가 제 2 항에서 정한 정산차액 및 표준체 보험료를 납입하지 않았을 경우 회사는 "우량체 보험료"의 "표준체 보험료"에 대한 비율에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액합니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제 1 항의 통지의무를 30 일 이상 늦추었을 경우에 회사는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1 개월 이내에 제 2 항 및 제 3 항을 준용하여 보험가입금액을 감액하고 이 특약을 해지할 수 있습니다.

⑤ 주계약의 보험기간 중 피보험자가 제 4 조(피보험자의 가입자격)에서 정한 피보험자의 자격이 있고 계약자가 이 특약을 청약한 때에 회사는 제 2 조(특약의 보장개시일)에 따라 보장을 합니다. 이 경우 계약자는 청약한 날 이후의 해당 보험료부터 "우량체 보험료"를 납입하며, 정산차액이 있을 때에는 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

제 2 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 7 조 [계약 전 알릴 의무 및 계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

① 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(건강진단을 받는 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) "보험료 할인조건 충족여부 확인서"에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.

② 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제 1 항의 질문사항을 알리지 않았거나 알고 있는 사실을 사실대로 알리지 않고 "표준체 보험료" 보다 적은 "우량체 보험료"를 납입한 경우에는 회사는 보험금 지급사유 발생과 관계없이 "우량체 보험료"의 "표준체 보험료"에 대한 비율에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액하고, 이 특약을 해지합니다.

③ 제 2 항의 경우 회사에서 정한 절차에 따라 검사를 받고 우량체로 판정된 경우에는 적용하지 않습니다.

제 3 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 8 조 [해지환급금]

제 5 조(특약의 감액) 제 1 항에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액한 경우 감액분에 대한 해지환급금은 이 특약의 부가로 보험료가 할인 된 주계약에 해당하는 책임준비금을 기준으로 하여 계산합니다.

제 9 조 [배당금의 지급]

이 특약은 무배당특약이므로 계약자배당금이 없습니다.

제 4 관 기타사항

제 10 조 [주계약 약관 규정의 준용]
이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

사후정리특약 약관

※ 이 특약은 계약자가 선택한 경우에만 적용합니다.

제 1 관 보험금의 지급

제 1 조 [보험금의 지급사유]
회사는 피보험자가 보험기간 중 제 6 조(특약의 보장개시일)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하였을 때 보험수익자에게 주계약 또는 그에 부가된 특약의 보험금 및 해당 보험수익자의 사망보험금 지급비율에 따른 금액 한도 내에서 주계약 및 그에 부가된 특약의 사망보험금액[재해분류표(별표 참조)에서 정하는 재해로 인한 사망보험금액은 제외합니다]의 일부 또는 전부를 지급합니다.

제 2 조 [보험금 지급에 관한 세부규정]
① 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 뚜렷한 사기의사 등에 의하여 보험금 지급책임의 의무가 없을 것으로 판단하는 경우에는 본 특약에 의한 보험금을 지급하지 않습니다.
② 제 1 조(보험금의 지급사유)에 따라 회사가 보험수익자에게 이 특약에 의한 보험금을 지급한 경우 남은 보험금 지급 시 이를 해당 보험수익자에게 지급할 보험금에서 차감합니다.
③ 회사는 이 특약에 의하여 보험금을 지급한 경우 지급일 이후 주계약 및 그에 부가된 특약의 약관에서 정하는 보험금의 청구를 받더라도 이 특약에 의하여 지급된 보험금에 대하여는 지급하지 않습니다.
④ 주계약 및 그에 부가된 특약의 약관에서 정하는 보험금 지급청구를 받아 그 보험금이 지급된 이후에는 이 특약에 의한 보험금을 지급하지 않습니다.
⑤ 회사가 이 특약에 따라 주계약 또는 그에 부가된 특약의 보험금을 지급한 후에 회사가 보험금을 지급할 책임이 없었음이 확인된 때에는 보험수익자는 이 특약에 따라 이미 지급받은 보험금을 회사에 반환하여야 합니다.
⑥ 제 5 항의 경우에 보험수익자가 회사에 보험금을 반환하지 않는 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등 계약자 또는 보험수익자에게 지급하여야 할 지급금에서 아직 반환받지 못한 보험금을 차감할 수 있습니다.

제 3 조 [보험금의 청구]
① 보험수익자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 이 특약의 사망보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사망진단서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

② 제 1 항 제 2 호의 사망진단서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 4 조 [보험금의 지급절차]
회사는 제 3 조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 1 영업일 이내에 이 특약의 보험금을 지급합니다.

제 2 관 보험계약의 성립과 유지

제 5 조 [특약의 체결 및 소멸]
① 이 특약은 주계약을 체결할 때, 회사가 정하는 바에 따라 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
② 제 1 항의 규정에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 청약이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
③ '제 1 조(보험금의 지급사유)에 정한 보험금의 지급이 완료된 경우' 또는 '주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우'에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제 6 조 [특약의 보장개시일]
이 특약의 보장개시일은 주계약의 보장개시일[부활(효력회복)계약인 경우는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 2 년이 경과한 날로 합니다.

제 7 조 [특약의 무효]
보험수익자가 이 특약에 따라 보험금을 청구할 때 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 합니다.
1. 보험수익자가 자연인이 아닌 경우
2. 보험수익자가 미성년자인 경우
3. 보험수익자가 법정상속인인 경우. 단, 보험수익자 중 1인 이상이 실명으로 지정되어 있는 경우는 제외

제 3 관 보험료의 납입

제 8 조 [특약 보험료의 납입]
이 특약의 보험료는 없습니다.

제 9 조 [해지특약의 부활(효력회복)]
① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제 6 조(특약의 보장개시일)의 규정을 준용합니다.

제 4 관 계약의 해지

제 10 조 [계약자의 임의해지]
계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 해지환급금은 없습니다.

제 5 관 기타사항

제 11 조 [주계약 약관 규정의 준용]
이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

선지급서비스특약 약관

※ 이 특약은 계약자가 선택한 경우에만 적용합니다.

제 1 관 용어의 정의

제 1 조 [특약의 보험기간]
① 이 특약의 보험기간은 특약을 부가한 날부터 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 18 개월 이전까지로 합니다.
② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 자동 갱신되는 경우에는 제 1 항에서 정한 "보험기간이 끝나는 날" 을 "자동 갱신기간이 끝나는 날" 로 대체합니다.

제 2 조 [특약의 보장개시일]
이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다. 그러나 제 9 조(특약의 체결 및 소멸) 제 2 항의 경우에는 특약의 청약을 승낙한 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 [보험금의 지급사유]
회사는 제 1 조(특약의 보험기간)에 정한 특약의 보험기간 중에 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원 소속 전문의가 실시한 진단결과 피보험자의 남은 생존기간이 12 개월 이내라고 판단한 경우에 피보험자의 신청에 따라 주계약 사망보험금액의 일부 또는 전부를 선지급사망보험금(이하 "보험금" 이라 합니다)으로 피보험자에게 지급합니다.

제 4 조 [보험금 지급에 관한 세부규정]
① 이 특약의 보험금을 지급하였을 때에는 지급한 보험금액에 해당하는 주계약의 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다. 다만, 그 감액부분에 해당하는 해지환급금이 있어도 이를 지급하지 않습니다. 이 경우 이 특약의 보험금 지급일 이후 주계약 약관에 정한 사망보험금의 청구를 받아도 이 특약에 따라 지급된 보험금액에 해당하는 사망보험금액은 지급하지 않습니다.
② 이 특약의 보험금이 지급되기 전에 주계약 약관에 정한 사망보험금의 청구를 받았을 경우 이 특약의 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특약의 보험금을 지급하지 않습니다.
③ 주계약 약관에 정한 사망보험금이 지급된 때에는 그 이후 이 특약의 보험금을 지급하지 않습니다.
④ 이 특약의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라 보험금에 대한 남은 생존기간 상당분의 이자 및 보험료를, 또 주계약에 보험계약대출금이 있는 경우에는 보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액을 지급합니다.
⑤ 이 특약의 보험금을 지급할 때 보험금액의 계산은 보험금을 지급하는 날의 주계약 사망보험금액을 기준으로 합니다.

제 5 조 [보험금의 지정대리청구인]
① 계약자는 이 특약의 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 특약을 체결할 때 또는 특약 체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1 명을 보험금의 대리청구인(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정[제 11 조(지정대리청구인의 변경 지정)에 따른 변경 지정 포함]할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우

자
2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제 1 항에 따른 지정대리청구인은 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 구비서류 및 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특약의 보험수익자의 대리인으로서 보험금을 청구할 수 있으며, 회사가 이 특약의 보험금을 지급한 경우에는 그 이후 이 특약의 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제 6 조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

계약자 또는 지정대리청구인의 고의로 피보험자가 제 3 조(보험금의 지급사유)에 해당된 경우에는 이 특약의 보험금을 지급하지 않습니다.

제 7 조 [보험금의 청구]

피보험자 또는 지정대리청구인은 제 1 조(특약의 보험기간)에 정한 특약의 보험기간 중에 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 종합병원에서 발급한 진단서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본(지정대리청구인이 청구할 경우)
5. 기타 피보험자 또는 지정대리청구인이 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

제 8 조 [보험금의 지급절차]

① 회사는 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 주계약에서 정한 바에 따라 연단위 복리로 계산합니다. 다만, 계약자 등의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있으며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사 · 확인하기 위하여 제 1 항의 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 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제4항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

④ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제 1 항 및 제 3 항의 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.

제 3 관 보험계약의 성립과 유지

제 9 조 [특약의 체결 및 소멸]
① 이 특약은 주계약을 체결할 때, 회사가 정하는 바에 따라 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
② 제 1 항의 규정에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 청약이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
③ 주계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 따라 효력을 갖지 않게 되거나, 제 3 조(보험금의 지급사유)에 정한 보험금의 지급이 완료된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제 10 조 [피보험자의 범위]
이 특약을 부가하는 주계약은 계약자와 피보험자가 동일한 보험계약이어야 합니다.

제 11 조 [지정대리청구인의 변경 지정]
계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정 할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알려드립니다.
1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제 4 관 보험료의 납입

제 12 조 [특약 보험료의 납입]
이 특약의 보험료는 없습니다.

제 13 조 [해지특약의 부활(효력회복)]
① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제 2 조(특약의 보장개시일)의 규정을 준용합니다.

제 5 관 계약의 해지

제 14 조 [계약자의 임의해지]
계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 해지환급금은 없습니다.

제 6 관 기타사항

제 15 조 [주계약에 사망보장특약이 부가되어 있는 경우의 특칙]

① 주계약에 사망보험금을 지급하는 특약(이하 "사망보장특약"이라 합니다)이 부가되어 있는 경우에는 제 3 조(보험금의 지급사유)에 정한 보험금액은 주계약의 사망보험금과 사망보장특약의 사망보험금을 더한 금액을 기준으로 합니다.
② 이 특약의 보험금 청구가 있는 경우에는 계약자로부터 별도의 신청이 없는 한 제 3 조(보험금의 지급사유) 및 제 17 조(다른 특약의 취급)에 관계없이 청구일 현재 주계약 및 사망보장특약의 보험가입금액의 비율에 따라 이 특약의 보험금을 지급합니다.
③ 주계약에 부가되어 있는 사망보장특약에 대한 이 특약의 보험금은 사망보장특약의 보험기간이 끝나는 날의 18 개월 이전까지 청구할 수 있습니다.
④ 제 3 항에도 불구하고 주계약에 부가되어 있는 사망보장특약이 자동 갱신 되는 경우에는 제 3 항에 정한 “보험기간이 끝나는 날”을 “자동 갱신기간이 끝나는 날”로 대체합니다.
⑤ 주계약에 부가되어 있는 사망보장특약의 경우에도 제 10 조(피보험자의 범위) 및 제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제 1 항부터 제 5 항까지 동일하게 적용합니다.

제 16 조 [주계약이 2 인(3 인,多人)보장보험계약인 경우의 특칙]
① 주계약이 2 인(3 인,多人)보장보험계약인 경우 이 특약의 피보험자는 주계약의 주피보험자로 합니다.
② 주계약이 2 인(3 인,多人)보장보험계약인 경우 제 3 조(보험금의 지급사유)에 정한 “주계약 사망보험금의 일부 또는 전부”를 “주계약 사망보험금의 전부”로 대체합니다.
③ 주계약이 2 인(3 인,多人)보장보험계약인 경우 제 17 조(다른 특약의 취급) 제 1 항에도 불구하고 주계약 사망보험금의 전부를 이 특약의 보험금으로 지급한 경우에는 해당 피보험자가 사망한 것으로 간주하고 주계약의 소멸규정을 준용합니다.

제 17 조 [다른 특약의 취급]
① 주계약 사망보험금의 전부가 지급된 경우 주계약은 소멸되는 것으로 하며 주계약에 다른 특약이 부가되어 있는 경우에는 각 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
② 주계약 사망보험금의 일부가 지급된 경우에는 각 특약의 효력은 계속되는 것으로 합니다.

제 18 조 [주계약 약관 규정의 준용]
이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

장애인전용보험전환특약 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제 1 조 [특약의 적용범위 등]

① 이 특약은 보험회사가 정한 방법에 따라 보험계약자가 청약(請約)하고 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 다음 각호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함하며, 이하 "전환대상계약"이라 합니다)에 대하여 「소득세법 제 59 조의 4(특별세액공제) 제 1 항 제 1 호」에 해당하는 장애인전용보험(이하 "장애인전용보험"이라 합니다)으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다. (이하 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사"라 합니다)

1. 「소득세법 제 59 조의 4(특별세액공제) 제 1 항 제 2 호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

용어 해설	**<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 제 118 조의 4 제 2 항 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. 주계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 모든 부가특약을 포함하며, 이하 “주계약”이라 합니다)의 “모든 피보험자 또는 모든 보험수익자”가 「소득세법 시행령 제 107 조(장애인의 범위) 제 1 항」에서 규정한 장애인인 보험. 다만, 보험수익자가 법정상속인 등으로 특정되지 않은 경우에는 보험수익자가 '「소득세법 시행령 제 107 조(장애인의 범위) 제 1 항」에서 규정한 장애인'으로 인정되지 않습니다.

용어 해설	**<「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 제 107 조제 1 항제 1 호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동복지지원법」 제 21 조제 1 항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

설명	**<이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시 1>** 주계약의 피보험자 1 인은 비장애인이고 보험수익자 2 인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우, 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다. **<이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시 2>** 주계약의 보험수익자 1 인은 비장애인이고 피보험자 2 인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우, 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다. **<이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시 3>** 주계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인인 경우, 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특약을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 보험수익자 지정이 필요합니다.

② 이 특약의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제 2 조[제출서류]

① 이 특약에 가입하고자 하는 계약자는 주계약의 “모든 피보험자 또는 모든 보험수익자”의 「소득세법 시행규칙 별지 제 38 호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본」(이하 "장애인증명서"라 합니다)을 제출하여 제 1 조(특약의 적용범위 등) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

② 제 1 항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자(傷痍者)의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서 · 장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제 1 항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.

③ 장애인으로서 그 장애예상기간(또는 장애기간)이 기재된 장애인증명서를 제 1 항에 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애예상기간(또는 장애기간) 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.

④ 제 1 항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애예상기간(또는 장애기간)이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애예상기간(또는 장애기간)이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제 3 조[장애인전용보험으로의 전환]

① 회사는 이 특약이 부가된 전환대상계약을 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.

② 제 1 항에도 불구하고, 제 2 조(제출서류) 제 1 항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되지 않습니다.

③ 「전환대상계약이 해지(解止) 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우」 또는 「전환대상계약이 제 1 조(특약의 적용범위 등) 제 1 항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우」에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

④ 제 1 항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시됩니다.

설명	2019 년 1 월 15 일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019 년 6 월 1 일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 장애인전용보험으로 전환되기 전(2019 년 1 월 15 일~ 2019 년 5 월 31 일)에 납입된 전환대상계약 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후 납입된 전환대상계약 보험료만 장애인전용보장성보험료로 표시됩니다.

⑤ 제 4 항에도 불구하고, 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 전환대상계약이 제 1 조(특약의 적용범위) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우」 또는 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제 4 조(전환 해지)에 따라 전환을 해지하는 경우」에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약 보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제 2 조(제출서류) 제 1 항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 「 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 전환대상계약이 제 1 조(특약의 적용범위) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우」에는, 장애인전용보험으로 전환된 후부터 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료되기 전까지 납입된 전환대상계약 보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시됩니다.

설명	2019 년 1 월 15 일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019 년 6 월 1 일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 소득세법상 장애인증명서에 장애예상기간(또는 장애기간)이 2019 년 12 월 1 일까지 인 경우, 장애인전용보험으로 전환된 이후부터 장애예상기간(또는 장애기간)이 지나기 전까지(2019 년 6 월 1 일 ~ 2019 년 12 월 1 일) 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시됩니다. 그러나, 장애예상기간(또는 장애기간)이 지난 후 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되지 않습니다.

⑥ 이 특약이 부가된 이후 「제 4 조(전환 해지)에 따라 전환을 해지한 경우」 또는 「전환대상계약이 제 1 조(특약의 적용범위 등) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특약의 효력이 없어진 경우」에는 해당 전환대상계약에 이 특약을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제 2 조(제출서류) 제 1 항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제 1 조(특약의 적용범위 등) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 특약을 다시 부가할 수 있습니다.

제 4 조[전환 해지]

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 해지할 수 있으며, 이 경우 전환해지 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제 5 조[준용규정]

① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 관련 법령에서 정하는 바에 따릅니다.

② 소득세법 등 관련 법령이 개정되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

지정대리청구서비스특약 약관

※ 이 특약은 계약자가 선택한 경우에만 적용합니다.

제 1 관 보험계약의 성립과 유지

제 1 조 [적용 대상]
이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 주된 보험계약(이하 "주계약" 이라 합니다) 및 특약에 적용됩니다.

제 2 조 [특약의 체결 및 소멸]
① 이 특약은 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다. (이하 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사” 라 합니다)
② 제 1 조(적용대상)의 보험계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 따라 효력이 없게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제 2 관 지정대리청구인의 지정

제 3 조 [지정대리청구인의 지정]
① 계약자는 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약 체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1 명을 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정[제 4 조(지정대리청구인의 변경 지정)에 따른 변경 지정 포함]할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각 호의 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 3 촌 이내의 친족

② 제 1 항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제 1 조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.
③ 제 1 항에도 불구하고, 주계약 또는 특약 약관에서 지정대리청구인의 지정 기간을 별도로 제한한 경우, 계약자는 이 특약에서도 그 기간에 한하여 지정대리청구인을 지정할 수 있습니다.

제 4 조 [지정대리청구인의 변경 지정]
① 계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알려드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

② 제 1 항에도 불구하고, 주계약 또는 특약 약관에서 지정대리청구인의 변경 지정 기간을 별도로 제한한 경우, 계약자는 이 특약에서도 그 기간에 한하여 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다.

제 3 관 보험금의 지급

제 5 조 [보험금의 청구]
지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

제 6 조 [보험금의 지급절차]
① 지정대리청구인은 제 5 조(보험금의 청구)에서 정한 구비서류 및 제 1 조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제 1 조(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.

제 4 관 기타사항

제 7 조 [준용규정]
이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

특별조건부특약 약관

※ 이 특약은 피보험자의 건강상태가 좋지 않아 표준체와 동일한 조건으로는 계약체결이 불가능한 경우 보험료 할증 등 특정 조건으로 해당 계약을 가입할 수 있도록 하는 특약으로, 계약을 체결할 때 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우 적용합니다.

제1조 [특약의 체결]

① 이 특약은 보험계약(특약이 부가된 경우에는 특약 포함하며, 이하 '계약'이라 합니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주계약 또는 특약에 부가하여 이루어 집니다(이하 이 특약의 적용을 받는 주계약 또는 특약은 "해당계약"이라 합니다).

② 이 특약을 2인(3인,多人)보장보험에 부가할 경우 이 특약의 피보험자는 보험금의 지급사유 발생 대상이 되는 피보험자 중 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 자로 합니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 해당계약의 보장개시일과 같습니다.

④ '해당계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우' 또는 '이 특약의 피보험자가 사망한 경우'에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제2조 [특약의 내용]

이 특약은 피보험자의 위험도가 높아 보험계약의 가입이 불가능한 경우 이 약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 해당계약의 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제3조 [특약의 부가조건]

① 이 특약에 따라 부가하는 계약조건은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 다음 중 한 가지의 방법으로 부가합니다.

1. 할증보험료법

할증위험률(割增危險率)에 의한 보험료와 표준체(標準體)보험료와의 차액을 특약보험료라 하며 계약을 체결할 때 위험의 정도에 따라 표준체 보험료에 회사에서 정한 특약보험료를 더하여 납입보험료로 합니다. 이러한 경우 피보험자에게 보험사고가 발생하였을 때에는 해당계약에서 정한 보험금을 지급합니다.

용어 해설	〈할증위험률〉 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 일반위험률보다 높게 적용되는 위험률 〈표준체〉 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합한 피보험자를 말하며, 표준체에 대해서는 위험률을 할인 또는 할증하지 않고 계산한 보험료를 적용합니다.

2. 보험금감액법

계약일부터 회사가 정하는 삭감기간(削減期間)내에 피보험자에게 재해분류표(별표 참조)에서 정한 재해(이하 "재해"라 합니다) 이외의 원인으로 해당계약의 삭감대상 보험금지급사유가 발생하였을 경우에는 해당계약의 규정에도 불구하고 계약시에 정한 삭감기간 및 보험금지급비율에 따라 보험금을 지급합니다.

가. 계단식 보험금감액법

경과기간	기준	삭감기간 및 보험금지급비율				
		1년	2년	3년	4년	5년
1년미만	해당계약에서 정한 지급보험금	50%	30%	25%	20%	15%
1년이상 2년미만		100%	60%	50%	40%	30%
2년이상 3년미만			100%	75%	60%	45%
3년이상 4년미만				100%	80%	60%
4년이상 5년미만					100%	80%
5년 이상						100%

나. 평준식 보험금감액법

경과기간에 상관없이 전 삭감기간동안 50%이상의 범위 내에서 회사가 정한 동일한 보험금지급비율을 적용하여 보험금을 지급합니다.

그러나, 그 보험사고의 발생원인이 재해로 인하여 피보험자가 사망하였을 경우에는 삭감된 보험금을 지급하지 않고 해당계약의 규정에 따른 보험금을 지급합니다. 또한, 피보험자에게 보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

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

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

3. 나이가산법

할증위험률에 따른 보험료가 표준체 보험료와 가장 가까운 나이간의 차이를 연증수(年增數)라 합니다. 즉 어떤 결함을 가진 피보험자의 위험지수(危險指數)가 실제 n세 높은 나이의 표준체와 같은 위험률을 나타낸다고 인정될 때 "n년증"이라 칭하고 n세 높은 나이의 표준체보험료를 받아들이는 방법입니다.

4. 나이가산법과 보험금감액법을 병용(倂用)할 수 있습니다.

② 제1항 제2호의 삭감기간은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 5년 이내로 합니다. 단, 해당계약이 계약자가 보험기간 만료일까지 계약을 유지하지 않는다는 의사표시가 없는 한 별도의 계약사정 없이 갱신되는 계약(이하, "갱신계약"이라 합니다)인 경우「삭감기간」의 산정은 최초 계약일을 기준으로 합니다. 또한 그 판단기준은 회사의 계약인수기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

③ 제1항 제1호부터 제4호까지의 규정에 따라 해당 계약에 부가된 조건을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제4조 [특약의 보험기간 및 보험료의 납입]

① 이 특약의 보험기간은 해당계약의 보험기간 이내에서 회사가 정한 기간으로 합니다.

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

③ 이 특약이 부가된 해당계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제됩니다.

제5조 [건강상태의 변경에 따른 특약의 해지]

① 이 특약을 부가하여 해당계약을 가입하였으나 건강상태 호전 등으로 인하여 이 특약을 부가하지 않고도 해당계약 가입이 가능한 상태가 된 경우에 계약자는 회사의 승낙을 얻어 이 특약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우 회사는 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조 [특약내용의 변경]

이 특약이 부가된 해당계약의 경우에는 해당계약 약관의 규정에도 불구하고 다음과 같은 내용을 변경할 수 없습니다.

1. 보험기간 또는 보험료 납입기간의 변경
2. 감액완납 또는 연장보험으로의 변경

용어 해설	〈감액완납보험〉 차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 가입금액을 감액하는 보험 〈연장보험〉 차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 정기보험(일정기간동안 사망을 보장하는 보험)으로 변경하는 보험

제7조 [해당계약 약관 규정의 준용]

이 특약에서 따로 정하지 않은 사항에 대하여는 이 특약이 부가된 해당계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

특정신체부위·질병보장제한부인수특약 약관

※ 이 특약은 계약을 체결할 때 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우 적용하거나, 이미 계약을 체결한 후 '계약 전 알릴 의무 위반의 효과' 등으로 회사가 보장을 제한할 경우 계약자의 동의를 얻어 적용합니다.

제1조 [특약의 체결 및 소멸]

① 이 특약은 주계약(특약이 부가된 경우에는 특약을 포함할 수 있습니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 또한, 이미 주계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 회사가 보장을 제한할 경우에도, 회사는 계약자의 동의를 얻어 이 특약을 부가하여 주계약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 때, 계약자가 동의하지 않을 경우 회사는 주계약을 해지할 수 있습니다.

③ 이 특약 부가에 따라 주계약에서 보장이 제한되는 범위는 의학적으로 인과관계가 있다고 입증된 경우 혹은 경험통계적으로 인과관계가 유의성 있게 입증된 경우 등 피보험자의 과거 병력(계약 전 알릴 의무 사항에 해당하는 질병을 말합니다)과 직접적으로 관련이 있는 신체부위 혹은 질병 등으로 제한하며, 이 특약을 부가할 때에 회사는 보장이 제한되는 범위 및 사유를 계약자에게 안내하여 드립니다.

④ 이 특약을 2인(3인,多人)보장보험에 부가할 경우 이 특약의 피보험자는 보험금의 지급사유 발생 대상이 되는 피보험자 중 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 자로 합니다.

⑤ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일[부활(효력회복) 계약의 경우는 부활(효력회복)일]과 같습니다. 또한, 제2항에 따라 주계약의 내용을 변경하는 경우에도 이 특약의 보장개시일은 주계약의 보장개시일[부활(효력회복) 계약의 경우는 부활(효력회복)일]로 소급하여 적용합니다.

⑥ '주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우' 또는 '이 특약의 피보험자가 사망한 경우'에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

⑦ 주계약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

1. 이 특약 제2조(특약면책조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책조건으로 계약을 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정신체부위에 질병이 발생한 경우
2. 이 특약 제2조(특약면책조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책조건으로 계약을 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조 [특약면책조건의 내용]

① 이 특약에서 정한 면책기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 이 특약의 피보험자가 사망하여 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

1. 별표1 "특정신체부위분류표" 중에서 회사가 지정한 부위(이하 "특정신체부위"라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병
2. 별표2 "특정질병분류표" 중에서 회사가 지정한 질병(이하 "특정질병"이라 합니다)

② 제1항의 면책기간은 특정신체부위 또는 특정질병의 상태에 따라 「1년부터 5년」또는 「주계약의 보험기간」으로 합니다. 단, 계약자가 보험기간 만료일까지 계약을 유지하지 않는다는 의사 표시가 없는 한 별도의 인수심사 없이 갱신되는 계약(이하 "갱신계약"이라 합니다)에서 「면책기간」의 산정은 최초 계약일을 기준으로 하며, 「주계약의 보험기간」은 최초 계약일부터 최종 갱신계약의 종료일까지로 합니다. 또한 그 판단 기준은 회사의 계약인수기준을 따르며, 개개인

의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

용어	〈계약인수기준〉
해설	피보험자를 대상으로 직업, 건강, 재정 상태 등 보험가입에 대한 적합여부를 판단하는 기준을 말합니다.

③ 제1항의 규정에도 불구하고 다음 중 어느 하나의 사유로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

1. 제1항 제1호에서 지정한 특정신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인하여 발생한 특정질병 이외의 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
3. 재해(별표3 "재해분류표"에서 정한 재해를 말하며, 이하 "재해"라 합니다)로 인하여 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
4. 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안 제1항 제1호 및 제2호에서 지정한 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없고, 청약일부터 5년이 지난 이후 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우

④ 제3항 제4호의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 주계약에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제3조[해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항 및 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 피보험자가 회사가 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음 날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정질병 또는 특정신체부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.

⑧ 제1항의 특정신체부위 및 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가 할 수 있습니다.

제3조 [해지특약의 부활(효력회복)]

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

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제5항의 규정을 준용합니다.

제4조 [주계약 약관 규정의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

특정신체부위 분류표

분류번호	특정신체부위의 명칭
49	위, 십이지장
50	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
51	대장(맹장, 직장 제외)
52	직장
53	항문
54	간
55	담낭(쓸개) 및 담관
56	췌장
57	비장
58	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
59	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]
60	인두 및 후두(편도 포함)
61	식도
62	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
63	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]
64	안구 및 안구부속기[안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함]
65	신장
66	부신
67	요관, 방광 및 요도
68	음경
69	질 및 외음부
70	전립선
71	유방(유선 포함)
72	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
73	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
74	난소 및 난관
75	고환[고환초막(고환집막) 포함] 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
76	갑상선
77	부갑상선
78	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
79	피부(두피 및 입술 포함)
80	경추부(해당신경 포함)
81	흉추부(해당신경 포함)
82	요추부(해당신경 포함)
83	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
84	왼쪽 어깨
85	오른쪽 어깨
86	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
87	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
88	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
89	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
90	왼쪽 고관절
91	오른쪽 고관절
92	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
93	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
94	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
95	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
96	상ㆍ하악골(위턱뼈ㆍ아래턱뼈)
97	쇄골
98	늑골(갈비뼈)

별표2

특정질병 분류표

약관에 규정하는 "특정질병"으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

NO	대상질병	분류번호	
40	담석증	K80	담석증
41	요로결석증	N20	신장 및 요관의 결석
		N21	하부 요로의 결석
		N22	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석
42	임신중독증	O11	만성 고혈압에 겹친 전자간
		O12	고혈압을 동반하지 않은 임신성[임신-유발] 부종 및 단백뇨
		O13	임신[임신-유발] 고혈압
		O14	전자간
		O15	자간
43	관절증	M05	혈청검사 양성 류마티스 관절염
		M06	기타 류마티스 관절염
		M08	연소성 관절염
		M15	다발관절증
		M16	고관절증
		M17	무릎관절증
		M18	제1수근중수관절의 관절증
		M19	기타 관절증
44	등병증	M40	척주후만증 및 척주전만증
		M41	척주측만증
46	골반염	N73	기타 여성골반염증질환
		N74	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애
47	자궁내막증	N80	자궁내막증
48	자궁근종	D25	자궁의 평활근종

㈜ 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

별표3 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

부록

약관에서 인용된 법령 내용 (가나다 순)

· **아래 법령은 약관에서 인용된 법령으로 고객의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.**
단, 가입하신 상품에 따라 인용된 법령이 다를 수 있는 점을 참고하셔서 활용하시기 바랍니다.

· **법령은 2018 년 2 월 기준이며, 해당 법령 개정시 내용이 변동될 수 있습니다.**
또한 아래 법령과 실제 법령 내용이 다를 경우에는 실제 법령 내용이 우선됩니다.

■ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. (생략)
2. "제 1 군감염병"이란 마시는 물 또는 식품을 매개로 발생하고 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 방역대책을 수립하여야 하는 다음 각 목의 감염병을 말한다.
   가. 콜레라
   나. 장티푸스
   다. 파라티푸스
   라. 세균성이질
   마. 장출혈성대장균감염증
   바. A 형간염

(이하 생략)

■ 개인정보보호법

제 15 조(개인정보의 수집 · 이용)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
4. 정보주체와의 계약의 체결 및 이행을 위하여 불가피하게 필요한 경우
5. 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 명백히 정보주체 또는 제 3 자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.

② 개인정보처리자는 제 1 항제 1 호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보의 수집 · 이용 목적
2. 수집하려는 개인정보의 항목
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간

4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

제 17 조(개인정보의 제공)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제 3 자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 제 15 조제 1 항제 2 호 · 제 3 호 및 제 5 호에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우

② 개인정보처리자는 제 1 항제 1 호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보를 제공받는 자
2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
3. 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 개인정보처리자가 개인정보를 국외의 제 3 자에게 제공할 때에는 제 2 항 각 호에 따른 사항을 정보주체에게 알리고 동의를 받아야 하며, 이 법을 위반하는 내용으로 개인정보의 국외 이전에 관한 계약을 체결하여서는 아니된다.

제 22 조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제 6 항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 각각 동의를 받아야 한다.

② 개인정보처리자는 제 1 항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제 2 조 제 1 호에 따른 전자문서를 포함한다)으로 받을 때에는 개인정보의 수집 · 이용 목적, 수집 · 이용하려는 개인정보의 항목 등 대통령령으로 정하는 중요한 내용을 행정안전부령으로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다.

③ 개인정보처리자는 제 15 조 제 1 항 제 1 호, 제 17 조 제 1 항 제 1 호, 제 23 조 제 1 항 제 1 호 및 제 24 조 제 1 항 제 1 호에 따라 개인정보의 처리에 대하여 정보주체의 동의를 받을 때에는 정보주체와의 계약 체결 등을 위하여 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보와 정보주체의 동의가 필요한 개인정보를 구분하여야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.

④ 개인정보처리자는 정보주체에게 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다.

⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 제 3 항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제 4 항 및 제 18 조 제 2 항 제 1 호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.

⑥ 개인정보처리자는 만 14 세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 그 법정대리인의 동의를 받아야 한다. 이 경우 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 최소한의 정보는 법정대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있다.

⑦ 제 1 항부터 제 6 항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법 및 제 6 항에 따른 최소한의 정보의 내용에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제 23 조(민감정보의 처리 제한)

① 개인정보처리자는 사상 · 신념, 노동조합 · 정당의 가입 · 탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "민감정보"라 한다)를 처리하여서는 아니된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 정보주체에게 제 15 조제 2 항 각 호 또는 제 17 조제 2 항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 개인정보처리자가 제 1 항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실 · 도난 · 유출 · 위조 · 변조 또는 훼손되지 아니하도록 제 29 조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

제 24 조(고유식별정보의 처리 제한)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "고유식별정보"라 한다)를 처리할 수 없다.

1. 정보주체에게 제 15 조 제 2 항 각 호 또는 제 17 조 제 2 항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 삭제

③ 개인정보처리자가 제 1 항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실 · 도난 · 유출 · 위조 · 변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

④ 행정안전부장관은 처리하는 개인정보의 종류 · 규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제 3 항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다.

⑤ 행정안전부장관은 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제 4 항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다.

제 24 조의 2(주민등록번호 처리의 제한)

① 제 24 조제 1 항에도 불구하고 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 주민등록번호를 처리할 수 없다.

1. 법률• 대통령령• 국회규칙• 대법원규칙• 헌법재판소규칙• 중앙선거관리위원회규칙 및 감사원규칙에서 구체적으로 주민등록번호의 처리를 요구하거나 허용한 경우
2. 정보주체 또는 제 3 자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 명백히 필요하다고 인정되는 경우
3. 제 1 호 및 제 2 호에 준하여 주민등록번호 처리가 불가피한 경우로서 안전행정부령으로 정하는 경우

② 개인정보처리자는 제 24 조제 3 항에도 불구하고 주민등록번호가 분실 · 도난 · 유출 · 위조 · 변조 또는 훼손되지 아니하도록 암호화 조치를 통하여 안전하게 보관하여야 한다. 이 경우 암호화 적용 대상 및 대상별 적용 시기 등에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 처리 규모와 유출 시 영향 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

③ 개인정보처리자는 제 1 항 각 호에 따라 주민등록번호를 처리하는 경우에도 정보주체가 인터넷 홈페이지를 통하여 회원으로 가입하는 단계에서는 주민등록번호를 사용하지 아니하고도 회원으로 가입할 수 있는 방법을 제공하여야 한다.

④ 행정안전부장관은 개인정보처리자가 제 3 항에 따른 방법을 제공할 수 있도록 관계 법령의 정비, 계획의 수립, 필요한 시설 및 시스템의 구축 등 제반 조치를 마련 · 지원할 수 있다.

■ 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률

제 6 조(등록 및 결정)

① 국가유공자, 그 유족 또는 가족이 되려는 사람(이하 이 조에서 "신청 대상자"라 한다)은 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈처장에게 등록을 신청하여야 한다. 다만, 신청 대상자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 대

통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈처 소속 공무원이 신청 대상자의 동의를 받아 등록을 신청할 수 있고, 그 동의를 받은 경우에는 신청 대상자가 등록을 신청한 것으로 본다.

1. 「국가보훈 기본법」 제 23 조제 1 항제 3 호의 2 에 따라 발굴된 희생 · 공헌자의 경우
2. 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 상이를 입거나 사망한 경우
3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 직접 등록을 신청할 수 없는 경우

②「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」제 4 조제 1 항에 따라 등록을 신청하는 사람에 대하여는 그 등록신청을 한 날에 제 1 항에 따른 등록을 신청한 것으로 본다.

③ 국가보훈처장은 제 1 항에 따른 등록신청을 받으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 제 4 조 또는 제 5 조에 따른 요건을 확인한 후 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는지를 결정한다. 이 경우 제 4 조제 1 항제 3 호부터 제 6 호까지, 제 8 호, 제 14 호 및 제 15 호의 국가유공자(이하 "전몰군경등"이라 한다)가 되기 위하여 등록을 신청하는 경우에는 그 소속하였던 기관의 장에게 그 요건과 관련된 사실의 확인을 요청하여야 하며, 그 소속하였던 기관의 장은 관련 사실을 조사한 후 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 요건과 관련된 사실을 확인하여 국가보훈처장에게 통보하여야 한다.

④ 국가보훈처장은 제 3 항 전단에 따라 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는 사람으로 결정할 때에는 제 74 조의 5 에 따른 보훈심사위원회(이하 "보훈심사위원회"라 한다)의 심의 · 의결을 거쳐야 한다. 다만, 국가유공자, 그 유족 또는 가족의 요건이 객관적인 사실에 의하여 확인된 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 보훈심사위원회의 심의 · 의결을 거치지 아니할 수 있다.

⑤ 국가보훈처장은 제 4 조제 1 항 각 호(제 1 호, 제 2 호 및 제 10 호는 제외한다)의 어느 하나에 해당하는 적용 대상 국가유공자임에도 불구하고 신청 대상자가 없어 등록신청을 할 수 없는 사람에 대해서는 보훈심사위원회의 심의 · 의결을 거쳐 국가유공자로 기록하고 예우 및 관리를 할 수 있다.

⑥ 제 1 항부터 제 4 항까지의 규정은 다른 법률에서 이 법의 예우 등을 받도록 규정된 사람에 대하여도 적용한다.

■ 국민건강보험법

제 41 조(요양급여)

① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각호의 요양급여를 실시한다.

1. 진찰 · 검사
2. 약제(藥劑) · 치료재료의 지급
3. 처치 · 수술 및 그 밖의 치료
4. 예방 · 재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송(移送)

② 제 1 항에 따른 요양급여(이하 "요양급여"라 한다)의 범위(이하 "요양급여대상"이라 한다)는 다음 각 호와 같다.

1. 제 1 항 각 호의 요양급여(제 1 항제 2 호의 약제는 제외한다): 제 4 항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
2. 제 1 항제 2 호의 약제: 제 41 조의 3 에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것

③ 요양급여의 방법 · 절차 · 범위 · 상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.

④ 보건복지부장관은 제 3 항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)으로 정할 수 있다.

제 42 조(요양기관)

① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.

1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
3. 「약사법 」제 91 조에 따라 설립된 한국희귀의약품센터
4. 「지역보건법」에 따른 보건소 · 보건의료원 및 보건지소
5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소

② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설 · 장비 · 인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제 2 항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.

1. 제 2 항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
2. 제 2 항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우

④ 제 2 항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원에 대하여는 제 41 조제 3 항에 따른 요양급여의 절차 및 제 45 조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다.

⑤ 제 1 항 · 제 2 항 및 제 4 항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

■ 국민건강보험법 시행령

[별표 2]

본인일부부담금의 부담률 및 부담액

1. 가입자 또는 피부양자는 요양급여비용 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금액(100 원 미만은 제외한다)을 부담한다. 다만, 입원진료의 경우에는 100 원 미만의 금액도 부담한다.
   가. (생략)
   나. 외래진료의 경우 및 보건복지부장관이 정하는 의료장비 · 치료재료를 이용한 진료의 경우에는 다음 표의 구분에 따라 계산한 금액

기관 종류	소재지	환자 구분	본인일부부담금
상급종합병원	모든 지역	일반환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 − 진찰료총액) × 60/100. 다만, 임신부 외래진료의 경우에 는 요양급여비용 총액의 40/100 으로 한다.
		의약분업 예외환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 − 약값 총액 − 진찰료 총액) × 60/100 + 약값 총액 ×30/100. 다만, 임신부 외래진료의 경우에는 (요양급여비용 총액 − 약값 총액) × 40/100 + 약값 총액×30/100 으로 한다.
종합병원	동 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 50/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 − 약값 총액) × 50/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100) + 약값 총액 × 30/100
	읍 · 면 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 45/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 − 약값 총액) × 45/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100) + 약값 총액× 30/100

병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	동 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 40/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 − 약값 총액) × 40/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100) + 약값 총액× 30/100
	읍 · 면 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 35/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 − 약값 총액) × 35/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100) + 약값 총액× 30/100
의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원	모든 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 30/100(임신부의 외래진료의 경우에는 10/100). 다만, 요양급여를 받는 사람이 65 세 이상이면서 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 − 약값 총액) × 30/100(임신부의 외래진료의 경우에는 10/100) + 약값 총액 × 30/100. 다만, 요양급여를 받는 사람이 65 세 이상이면서 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.
보건소, 보건지소, 보건진료소	모든 지역		요양급여비용 총액 × 30/100. 다만, 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.

(이하 생략)

[별표 3]

본인부담상한액의 산정방법

1. 본인부담상한액은 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준(이하 "상한액기준보험료"라 한다)에 따라 그 금액을 달리한다. 이 경우 상한액기준보험료의 구체적인 산정 기준 · 방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.
2. 가입자 또는 피부양자의 본인부담상한액은 나목에 따른 상한액기준보험료의 구간별로 가목의 산정 방법에 따라 산정한다.

가. 본인부담상한액 산정 방법

1) 계산식

해당 연도 본인부담상한액 = 전년도 본인부담상한액 × (1 + 전국소비자물가변동률)

2) 전국소비자물가변동률은 「통계법」 제 3 조에 따라 통계청장이 매년 고시하는 전전년도와 대비한 전년도 전국소비자물가변동률을 적용하되, 그 전국소비자물가변동률이 100 분의 5 를 넘는 경우에는 100 분의 5 를 적용한다.

3) 1)의 계산식에 따라 해당 연도 본인부담상한액을 산정한 경우에 1 만원 미만의 금액은 버린다.

나. 본인부담상한액 산정 단위 상한액기준보험료의 구간

1) 지역가입자인 경우

가) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100 분의 10 에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

나) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100 분의 10 에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100 분의 30 에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

다) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100 분의 30 에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100 분의 50 에 상당하는 금액으로서보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

라) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100 분의 50 에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100 분의 70 에 상당하는 금액으로서보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

마) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100 분의 70 에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100 분의 80 에 상당하는 금액으로서보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

바) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100 분의 80 에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100 분의 90 에 상당하는 금액으로서보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

사) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100 분의 90 에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

2) 직장가입자 또는 피부양자인 경우

가) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100 분의 10 에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

나) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100 분의 10 에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100 분의 30 에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

다) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100 분의 30 에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100 분의 50 에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

라) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100 분의 50 에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100 분의 70 에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

마) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100 분의 70 에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100 분의 80 에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

바) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100 분의 80 에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100 분의 90 에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

사) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100 분의 90 에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

(이하 생략)

■ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

제 5 조(요양급여의 적용기준 및 방법)

① (생략)

② 제 1 항의 규정에 의한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 조혈모세포이식 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 의약계 · 공단 및 건강보험심사평가원의 의견을 들어 보건복지부장관이 정하여 고시한다.
③ (생략)

제 9 조(비급여대상)
① 법 제 41 조제 4 항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별표 2 와 같다

[별표 2] 비급여대상
1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위 · 약제 및 치료재료
   가. 단순한 피로 또는 권태
   나. 주근깨 · 다모(多毛) · 무모(無毛) · 백모증(白毛症) · 딸기코(주사비) · 점(모반) · 사마귀 · 여드름 · 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   다. 발기부전(impotence) · 불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
   라. 단순 코골음
   마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
   바. 검열반 등 안과질환
   사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환
(이하 생략)

■ 국민기초생활보장법

제 2 조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
1. "수급권자"란 이 법에 따른 급여를 받을 수 있는 자격을 가진 사람을 말한다.
2. "수급자"란 이 법에 따른 급여를 받는 사람을 말한다.
(이하 생략)

■ 고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률

제 2 조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다
1. "고엽제"란 월남전 또는 대한민국 비무장지대 남방한계선(南方限界線)의 인접지역으로서 국방부령으로 정하는 지역(이하 "남방한계선 인접지역"이라 한다)에서 나뭇잎 등을 제거하기 위하여 사용된 제초제로서 다이옥신이 들어 있는 것을 말한다.
2. "고엽제후유증환자"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.
가. 1964 년 7 월 18 일부터 1973 년 3 월 23 일 사이에 월남전에 참전하여 고엽제 살포지역에서 「병역법」, 「군인사법」 또는 「군무원인사법」에 따른 군인이나 군무원으로서 복무하고 전역(轉役) · 퇴직한 자와 정부의 승인을 받아 전투나 군의 작전에 종군(從軍)한 기자(이하 "월남전에 참전하고 전역한 자등"이라 한다)로서 제 5 조제 1 항 각 호의 어느 하나에 해당하는 질병을 얻은 자
나. 1967 년 10 월 9 일부터 1972 년 1 월 31 일 사이에 남방한계선 인접지역에서 「병역법」, 「군인사법」 또는 「군무원인사법」에 따른 군인이나 군무원으로서 복무하였거나 고엽제 살포업무에 참가하고 전역 · 퇴직한 자(이하 "남방한계선 인접지역에서 복무하고 전역한 자등"이라 한다)로서 제 5 조제 1 항 각 호의 어느 하나에 해당하는 질병을 얻은 자

3. "고엽제후유의증환자"란 월남전에 참전하고 전역한 자등 또는 남방한계선 인접지역에서 복무하고 전역한 자등으로서 제 5 조제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당하는 질병을 얻은 자를 말한다.

(이하 생략)

제 5 조(고엽제후유증환자 등의 결정기준)

①(생략)

② 제 4 조제 7 항에 따라 이 법의 적용 대상자를 결정하는 기준이 되는 고엽제후유의증의 범위는 다음 각 호와 같다.

1. 일광과민성피부염(日光過敏性皮膚炎)
2. 심상성건선(尋常性乾癬)
3. 지루성피부염(脂漏性皮膚炎)
4. 만성담마진(慢性蕁麻疹)
5. 건성습진(乾性濕疹)
6. 중추신경장애(中樞神經障碍). 다만, 제 1 항제 16 호 본문의 파킨슨병은 제외한다.
7. 뇌경색증(腦硬塞症)
8. 다발성신경마비(多發性神經痲痺)
9. 다발성경화증(多發性硬化症)
10. 근위축성신경측색경화증(筋萎縮性神經側索硬化症)
11. 근질환(筋疾患)
12. 악성종양(惡性腫瘍). 다만, 제 1 항의 고엽제후유증에 속하는 악성종양은 제외한다.
13. 간질환(肝疾患). 다만, B 형 및 C 형 감염으로 인한 것은 제외한다.
14. 갑상샘기능저하증
15. 고혈압(高血壓)
16. 뇌출혈(腦出血)
17. 삭제
18. 동맥경화증(動脈硬化症)
19. 무혈성괴사증(無血性壞死症)
20. 고지혈증(高脂血症)
21. 삭제

(이하 생략)

■ 노인장기요양보험법

제 29 조(장기요양급여의 제한)

① 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 장기요양급여를 중단하거나 제공하지 아니하게 하여야 한다.

1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양인정을 받은 경우
2. 고의로 사고를 발생하도록 하거나 본인의 위법행위에 기인하여 장기요양인정을 받은 경우

② 공단은 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제 60 조 또는 제 61 조에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다.

■ 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법

제 15 조(보건진료소의 설치 · 운영)

① 시장[도농복합형태(都農複合形態)의 시의 시장을 말하며, 읍 · 면 지역에서 보건진료소를 설치 · 운영하는 경우만 해당한다] 또는 군수는 보건의료 취약지역의 주민에게 보건의료를 제공하기 위하여 보건진료소를 설치 · 운영한다. 다만, 시 · 구의 관할구역의 도서지역에는 해당 시장 · 구청장이 보건진료소를 설치 · 운영할 수 있으며, 군 지역에 있는 보건진료소의 행정구역이 행정구역의 변경 등으로 시 또는 구 지역으로 편입된 경우에는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 해당 시장 또는 구청장이 보건진료소를 계속 운영할 수 있다.
② 보건진료소에 보건진료소장 1 명과 필요한 직원을 두되, 보건진료소장은 보건진료 전담공무원으로 보한다.
③ 보건진료소의 설치기준은 보건복지부령으로 정한다.

■ 독립유공자 예우에 관한 법률

제 6 조(등록 및 결정)
① 독립유공자, 그 유족 또는 가족으로서 이 법의 적용 대상자가 되려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈처장에게 등록을 신청하여야 한다.
② 국가보훈처장은 제 1 항에 따른 등록신청을 받은 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 독립유공자의 요건과 그 유족 또는 가족으로서의 요건을 확인한 후 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제 74 조의 5 에 따른 보훈심사위원회(이하 "보훈심사위원회"라 한다)의 심의 · 의결을 거쳐 독립유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는지를 결정한다. 다만, 독립유공자, 그 유족 또는 가족의 요건이 객관적인 사실에 의하여 확인된 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 보훈심사위원회의 심의 · 의결을 거치지 아니할 수 있다.
③ 삭제
④ 국가보훈처장은 제 4 조 각 호의 어느 하나에 해당하는 적용 대상 독립유공자임에도 불구하고 본인 및 제 5 조에 따른 유족 등이 없어 등록신청을 할 수 없는 사람에 대해서는 독립유공자로 기록하고 예우 및 관리를 할 수 있다

■ 민법

제 27 조(실종의 선고)
① 부재자의 생사가 5 년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
② 전지에 임한 자, 침몰한 선박중에 있던 자, 추락한 항공기중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1 년간 분명하지 아니한 때에도 제 1 항과 같다.

■ 보험업법

제 108 조(특별계정의 설정 · 운용)
① 보험회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 준비금에 상당하는 자산의 전부 또는 일부를 그 밖의 자산과 구별하여 이용하기 위한 계정(이하 "특별계정"이라 한다)을 각각 설정하여 운용할 수 있다.
1. 「조세특례제한법」 제 86 조의 2 에 따른 연금저축계약
2. 근로자퇴직급여 보장법 제 16 조 제 2 항에 따른 보험계약 및 법률 제 7379 호 근로자퇴직급여보장법 부칙 제 2 조 제 1 항에 따른 퇴직보험계약
3. 변액보험계약(보험금이 자산운용의 성과에 따라 변동하는 보험계약을 말한다)
4. 그 밖에 금융위원회가 필요하다고 인정하는 보험계약

② 보험회사는 특별계정에 속하는 자산은 다른 특별계정에 속하는 자산 및 그 밖의 자산과 구분하여 계리하여야 한다.

③ 보험회사는 특별계정에 속하는 이익을 그 계정상의 보험계약자에게 분배할 수 있다.
④ 특별계정에 속하는 자산의 운용방법 및 평가, 이익의 분배, 자산운용실적의 비교 · 공시, 운용전문인력의 확보, 의결권 행사의 제한 등 보험계약자 보호에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

■ 상법

제 651 조(고지의무위반으로 인한 계약해지)
보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1 월내에, 계약을 체결한 날로부터 3 년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

■ 신문 등의 진흥에 관한 법률

제 2 조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.
1. "신문"이란 정치 · 경제 · 사회 · 문화 · 산업 · 과학 · 종교 · 교육 · 체육 등 전체 분야 또는 특정 분야에 관한 보도 · 논평 · 여론 및 정보 등을 전파하기 위하여 같은 명칭으로 월 2 회 이상 발행하는 간행물로서 다음 각 목의 것을 말한다.
   가. 일반일간신문: 정치 · 경제 · 사회 · 문화 등에 관한 보도 · 논평 및 여론 등을 전파 하기 위하여 매일 발행하는 간행물
   나. 특수일간신문: 산업 · 과학 · 종교 · 교육 또는 체육 등 특정 분야(정치를 제외한 다)에 국한된 사항의 보도 · 논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매일 발행하는 간행물
   다. 일반주간신문: 정치 · 경제 · 사회 · 문화 등에 관한 보도 · 논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매주 1 회 발행하는 간행물(주 2 회 또는 월 2 회 이상 발행하는 것을 포함한다)
   라. 특수주간신문: 산업 · 과학 · 종교 · 교육 또는 체육 등 특정 분야(정치를 제외한 다)에 국한된 사항의 보도 · 논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매주 1 회 발행하는 간행물(주 2 회 또는 월 2 회 이상 발행하는 것을 포함한다)
(이하 생략)

제 9 조(등록)
① 신문을 발행하거나 인터넷신문 또는 인터넷뉴스서비스를 전자적으로 발행하려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 주사무소 소재지를 관할하는 특별시장 · 광역시장 · 특별자치시장 · 도지사 또는 특별자치도지사(이하 "시 · 도지사"라 한다)에게 등록하여야 한다. 등록된 사항이 변경된 때에도 또한 같다. 다만, 국가 또는 지방자치단체가 발행 또는 관리하거나 법인이나 그 밖의 단체 또는 기관이 그 소속원에게 보급할 목적으로 발행하는 경우와 대통령령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.
1.~8.(생략)
9. 주된 보급대상 및 보급지역(신문에 한정한다)
(이하 생략)

■ 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

제 16 조(수집 · 조사 및 처리의 제한)

① (생략)

② 신용정보회사등이 개인의 질병에 관한 정보를 수집 · 조사하거나 타인에게 제공하려면 미리 제 32 조제 1 항에 따른 해당 개인의 동의를 받아야 하며 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

제 32 조(개인신용정보의 제공 · 활용에 대한 동의)

① 신용정보제공 · 이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성 · 최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 서면
2. 「전자서명법」 제 2 조제 3 호에 따른 공인전자서명이 있는 전자문서(「전자거래기본법」 제 2 조제 1 호에 따른 전자문서를 말한다)
3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보 · 유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

(이하 생략)

제 33 조(개인신용정보의 이용)

개인신용정보는 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로만 이용하여야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 개인이 제 32 조제 1 항 각 호의 방식으로 이 조 각 호 외의 부분 본문에서 정한 목적 외의 다른 목적에의 이용에 동의한 경우
2. 개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한다)를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그 구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)
3. 제 32 조제 6 항 각 호의 경우
4. 그 밖에 제 1 호부터 제 3 호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

■ 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

제 28 조(개인신용정보의 제공 · 활용에 대한 동의)

① 삭제

② 신용정보제공 · 이용자는 법 제 32 조제 1 항 각 호 외의 부분 본문에 따라 해당 신용정보주체로부터 동의를 받으려면 다음 각 호의 사항을 미리 알려야 한다. 다만, 동의 방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.

1. 개인신용정보를 제공받는 자
2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
3. 제공하는 개인신용정보의 내용
4. 개인신용정보를 제공받는 자(신용조회회사 및 신용정보집중기관은 제외한다)의 정보 보유 기간 및 이용 기간

(이하 생략)

■ 약사법

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "약사(藥事)"란 의약품 · 의약외품의 제조 · 조제 · 감정(鑑定) · 보관 · 수입 · 판매[수여(授與)를 포함한다. 이하 같다]와 그 밖의 약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
2. "약사(藥師)"란 한약에 관한 사항 외의 약사(藥事)에 관한 업무(한약제제에 관한 사항을 포함한다)를 담당하는 자로서, "한약사"란 한약과 한약제제에 관한 약사(藥事) 업무를 담당하는 자로서 각각 보건복지부장관의 면허를 받은 자를 말한다.
3. "약국"이란 약사나 한약사가 수여할 목적으로 의약품 조제 업무[약국제제(藥局製劑)를 포함한다]를 하는 장소(그 개설자가 의약품 판매업을 겸하는 경우에는 그 판매업에 필요한 장소를 포함한다)를 말한다. 다만, 의료기관의 조제실은 예외로 한다.
4. "의약품"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 물품을 말한다.
   가. 대한민국약전(大韓民國藥典)에 실린 물품 중 의약외품이 아닌 것
   나. 사람이나 동물의 질병을 진단 · 치료 · 경감 · 처치 또는 예방할 목적으로 사용하는 물품 중 기구 · 기계 또는 장치가 아닌 것
   다. 사람이나 동물의 구조와 기능에 약리학적(藥理學的) 영향을 줄 목적으로 사용하는 물품 중 기구 · 기계 또는 장치가 아닌 것
5. "한약"이란 동물 · 식물 또는 광물에서 채취된 것으로 주로 원형대로 건조 · 절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.

(이하 생략)

■ 유아교육법

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음 각 호와 같다.

1. "유아"란 만 3 세부터 초등학교 취학전까지의 어린이를 말한다.
2. "유치원"이란 유아의 교육을 위하여 이 법에 따라 설립 · 운영되는 학교를 말한다.
3. "보호자"란 친권자 · 후견인 그 밖의 자로서 유아를 사실상 보호하는 자를 말한다.
4. 삭제
5. 삭제
6. "방과후 과정"이란 제 13 조제 1 항에 따른 교육과정 이후에 이루어지는 그 밖의 교육활동과 돌봄활동을 말한다.

■ 응급의료에 관한 법률

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "응급환자"란 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 그 밖의 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 위해(危害)가 발생할 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 사람을 말한다.

2. "응급의료"란 응급환자가 발생한 때부터 생명의 위험에서 회복되거나 심신상의 중대한 위해가 제거되기까지의 과정에서 응급환자를 위하여 하는 상담 · 구조(救助) · 이송 · 응급처치 및 진료 등의 조치를 말한다.
3. "응급처치"란 응급의료행위의 하나로서 응급환자의 기도를 확보하고 심장박동의 회복, 그 밖에 생명의 위험이나 증상의 현저한 악화를 방지하기 위하여 긴급히 필요로 하는 처치를 말한다.
4. "응급의료종사자"란 관계 법령에서 정하는 바에 따라 취득한 면허 또는 자격의 범위에서 응급환자에 대한 응급의료를 제공하는 의료인과 응급구조사를 말한다.
5. "응급의료기관"이란 「의료법」제 3 조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

(이하 생략)

제 35 조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치 · 운 영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설 · 인력 등을 갖추어 시장 · 군수 · 구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러하지 아니하다.

■ 응급의료에 관한 법률 시행규칙

제 2 조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법이라 한다) 제 2 조 제 1 호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 별표 1 의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제 1 호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

■ 의료급여법

제 7 조(의료급여의 내용 등)

① 이 법에 따른 수급권자의 질병 · 부상 · 출산 등에 대한 의료급여의 내용은 다음 각 호와 같다.

1. 진찰 · 검사
2. 약제(藥劑) · 치료재료의 지급
3. 처치 · 수술과 그 밖의 치료
4. 예방 · 재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치

② 제 1 항에 따른 의료급여의 방법 · 절차 · 범위 · 한도 등 의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정하고, 의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장관이 정한다.

③ 보건복지부장관은 제 2 항에 따라 의료급여의 기준을 정할 때에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할 수 있다.

■ 의료급여법 시행령

제 13 조(급여비용의 부담)

① 법 제 10 조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1 과 같다.
1. 삭제
2. 삭제
② 삭제
③ 제 1 항의 규정에 불구하고 법 제 15 조제 1 항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다.
④ 제 1 항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제 3 항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다.
⑤ 제 4 항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제 1 호라목 · 마목, 같은 표 제 2 호마목 · 바목 및 같은 표 제 3 호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매 30 일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100 분의 50 에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장 · 군수 · 구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2 천원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다.
1. 1 종수급권자 : 2 만원
2. 2 종수급권자 : 20 만원
⑥ 급여대상 본인부담금에서 제 5 항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2 천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다.
1. 1 종수급권자 : 매 30 일간 5 만원
2. 2 종수급권자 : 연간 80 만원. 다만, 「의료법」 제 3 조제 2 항제 3 호라목에 따른 요양병원에 240 일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120 만원으로 한다.
⑦ 시장 · 군수 · 구청장은 수급권자가 제 6 항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다.

■ 의료법

제 2 조(의료인)
① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사 · 치과의사 · 한의사 · 조산사 및 간호사를 말한다.
② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.
1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
4. 조산사는 조산(助産)과 임부(姙婦) · 해산부(解産婦) · 산욕부(産褥婦) 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.
5. 간호사는 다음 각 목의 업무를 임무로 한다.
가. 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호
나. 의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조
다. 간호 요구자에 대한 교육 · 상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행, 그 밖의 대통령령으로 정하는 보건활동
라. 제 80 조에 따른 간호조무사가 수행하는 가목부터 다목까지의 업무보조에 대한 지도

제 3 조(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 임부 · 해산부 · 산욕부 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(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제 3 조제 5 호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제 58 조제 1 항제 2 호에 따른 의료재활시설로서 제 3 조의 2 의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제 2 항제 1 호부터 제 3 호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제 3 조의 4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제 77 조제 1 항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력 · 시설 · 장비 등을 갖출 것
4. 질병군별 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제 1 항에 따른 지정을 하는 경우 제 1 항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제 1 항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3 년마다 제 2 항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제 2 항 및 제 3 항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정 · 재지정의 기준 · 절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제 5 조(의사 · 치과의사 및 한의사 면허)

① 의사 · 치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제 9 조에 따른 의사 · 치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.

1. 「고등교육법」 제 11 조의 2 에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학 · 치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사 · 치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자

2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학 · 치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제 1 호나 제 2 호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사 · 치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제 9 조에 따른 예비시험에 합격한 자

② 평가인증기구의 인증을 받은 의학 · 치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6 개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제 1 항제 1 호 및 제 2 호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.

③ 제 1 항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학 · 치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제 1 호 및 제 2 호의 자격을 가진 사람으로 본다.

■ 의료법 시행규칙

제 34 조(의료기관의 시설기준 및 규격)

법 제 36 조제 1 호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표 3 과 같고, 그 시설규격은 별표 4 와 같다.

[별표 3]

의료기관의 종류별 시설기준

시설	종합병원 병원 요양병원	치과병원	한방병원	의원	치과의원	한의원	조산원
…							
11 의 2. 탕전실	1 (관련 한의과 진료과목을 두고 탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	1 (관련 한의과 진료과목을 두고 탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	1 (탕전을 하는 경우에만 갖춘다)			1 (탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	
…							

[별표 4]

의료기관의 시설규격

(생략)

11 의 2. 탕전실

가. 탕전실에는 조제실, 한약재 보관시설, 작업실, 그 밖에 탕전에 필요한 시설을 갖추어야 한다. 다만, 의료기관 내에 조제실 및 한약재 보관시설을 구비하고 있는 경우에는 이를 충족한 것으로 본다.

나. 조제실에는 개봉된 한약재를 보관할 수 있는 한약장 또는 기계• 장치와 한약을 조제할 수 있는 시설을 두어야 한다.

다. 한약재 보관시설에는 쥐• 해충• 먼지 등을 막을 수 있는 시설과 한약재의 변질을 예방할 수 있는 시설을 갖추어야 한다.

라. 작업실에는 수돗물이나 「먹는물관리법」 제 5 조에 따른 먹는 물의 수질기준에 적합한 지하수 등을 공급할 수 있는 시설, 한약의 탕전 등에 필요한 안전하고 위생적인 장비 및 기구, 환기 및 배수에 필요한 시설, 탈의실 및 세척시설 등을 갖추어야 한다.

마. 작업실의 시설 및 기구는 항상 청결을 유지하여야 하며 종사자는 위생복을 착용하여야 한다.

바. 의료기관에서 분리하여 따로 설치한 탕전실에는 한의사 또는 한약사를 배치하여야 한다.

사. 의료기관에서 분리하여 따로 설치한 탕전실에서 한약을 조제하는 경우 조제를 의뢰한 한의사의 처방전, 조제 작업일지, 한약재의 입출고 내역, 조제한 한약의 배송일지 등 관련 서류를 작성• 보관하여야 한다.

(이하 생략)

■ 자본시장과 금융투자업에 관한 법률

제 88 조(자산운용보고서의 교부)

① 집합투자업자는 자산운용보고서를 작성하여 해당 집합투자재산을 보관 · 관리하는 신탁업자의 확인을 받아 3 개월마다 1 회 이상 해당 집합투자기구의 투자자에게 교부하여야 한다. 다만, 투자자가 수시로 변동되는 등 투자자의 이익을 해할 우려가 없는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 자산운용보고서를 투자자에게 교부하지 아니할 수 있다.

② 집합투자업자는 제 1 항에 따른 자산운용보고서에 다음 각 호의 사항을 기재하여야 한다.

1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날(이하 이 조에서 "기준일"이라 한다) 현재의 해당 집합투자기구의 자산 · 부채 및 집합투자증권의 기준가격
   가. 회계기간의 개시일부터 3 개월이 종료되는 날
   나. 회계기간의 말일
   다. 계약기간의 종료일 또는 존속기간의 만료일
   라. 해지일 또는 해산일
2. 직전의 기준일(직전의 기준일이 없는 경우에는 해당 집합투자기구의 최초 설정일 또는 성립일을 말한다)부터 해당 기준일까지의 기간(이하 이 조에서 "해당 운용기간"이라 한다) 중 운용경과의 개요 및 해당 운용기간 중의 손익 사항
3. 기준일 현재 집합투자재산에 속하는 자산의 종류별 평가액과 집합투자재산 총액에 대한 각각의 비율
4. 해당 운용기간 중 매매한 주식의 총수, 매매금액 및 대통령령으로 정하는 매매회전율
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항

③ 제 1 항에 따른 자산운용보고서의 교부시기 및 방법, 비용부담 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제 188 조(신탁계약의 체결 등)

① 투자신탁을 설정하고자 하는 집합투자업자는 다음 각 호의 사항이 기재된 신탁계약서에 의하여 신탁업자와 신탁계약을 체결하여야 한다.

1. 집합투자업자 및 신탁업자의 상호
2. 신탁원본의 가액 및 수익증권의 총좌수에 관한 사항
3. 투자신탁재산의 운용 및 관리에 관한 사항
4. 이익분배 및 환매에 관한 사항
5. 집합투자업자 · 신탁업자 등이 받는 보수, 그 밖의 수수료의 계산방법과 지급시기 · 방법에 관한 사항. 다만, 집합투자업자가 기준가격 산정업무를 위탁하는 경우에는 그 수수료는 해당 투자신탁재산에서 부담한다는 내용을 포함하여야 한다.
6. 수익자총회에 관한 사항
7. 공시 및 보고서에 관한 사항
8. 그 밖에 수익자 보호를 위하여 필요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

(이하 생략)

■ 자본시장과 금융투자업에 관한 법률 시행령

제 93 조(수시공시의 방법 등)

① (생략)

② 법 제 89 조제 1 항제 3 호에서 "대통령령으로 정하는 부실자산"이란 발행인의 부도, 「채무자 회생 및 파산에 관한 법률」에 따른 회생절차개시의 신청 등의 사유로 인하여 금융위원회가 부실자산으로 정하여 고시하는 자산을 말한다.

(이하 생략)

제 265 조(회계감사인의 선임 등)

①~⑥ (생략)

⑦ 회계감사에 따른 비용은 그 회계감사의 대상인 집합투자기구가 부담한다.

■ 장애인복지법

제 32 조(장애인 등록)

① 장애인, 그 법정대리인 또는 대통령령으로 정하는 보호자(이하 "법정대리인등"이라 한다)는 장애 상태와 그 밖에 보건복지부령이 정하는 사항을 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 또는 구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 등록하여야 하며, 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장은 등록을 신청한 장애인이 제 2 조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 "등록증"이라 한다)을 내주어야 한다.

(이하 생략)

■ 전자서명법

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. (생략)
2. "전자서명"이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
3. "공인전자서명"이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.
   가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
   나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배 · 관리하고 있을 것
   다. 전자서명이 있은 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
   라. 전자서명이 있은 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

4 ~ 9. (생략)

10. "공인인증기관"이라 함은 공인인증역무를 제공하기 위하여 제 4 조의 규정에 의하여 지정된 자를 말한다.

(이하 생략)

제 4 조(공인인증기관의 지정)

①과학기술정보통신부장관은 공인인증업무(이하 "인증업무"라 한다)를 안전하고 신뢰성있게 수행할 능력이 있다고 인정되는 자를 공인인증기관으로 지정할 수 있다.

②공인인증기관으로 지정받을 수 있는 자는 국가기관 · 지방자치단체 또는 법인에 한한다.
③공인인증기관으로 지정받고자 하는 자는 대통령령이 정하는 기술능력 · 재정능력 · 시설 및 장비 기타 필요한 사항을 갖추어야 한다.
④과학기술정보통신부장관은 제 1 항에 따라 공인인증기관을 지정하는 경우 공인인증시장의 건전한 발전 등을 위하여 국가기관, 지방자치단체 또는 비영리법인과 특별법에 의하여 설립된 법인에 대하여는 설립목적에 따라 인증업무의 영역을 구분하여 지정할 수 있다.
⑤공인인증기관의 지정절차 기타 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

■ 조세특례제한법

제 88 조의 2(비과세종합저축에 대한 과세특례)
① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 거주자가 1 명당 저축원금이 5 천만원(제 89 조에 따른 세금우대종합저축에 가입한 거주자로서 세금우대종합저축을 해지 또는 해약하지 아니한 자의 경우에는 5 천만원에서 해당 거주자가 가입한 세금우대종합저축의 계약금액 총액을 뺀 금액으로 한다) 이하인 대통령령으로 정하는 저축(이하 이 조에서 "비과세종합저축"이라 한다)에 2019 년 12 월 31 일까지 가입하는 경우 해당 저축에서 발생하는 이자소득 또는 배당소득에 대해서는 소득세를 부과하지 아니한다.
1. 65 세 이상인 거주자
2. 「장애인복지법」 제 32 조에 따라 등록한 장애인
3. 「독립유공자 예우에 관한 법률」 제 6 조에 따라 등록한 독립유공자와 그 유족 또는 가족
4. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제 6 조에 따라 등록한 상이자(傷痍者)
5. 「국민기초생활보장법」 제 2 조제 2 호에 따른 수급자
6. 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」 제 2 조제 3 호에 따른 고엽제후유의증환자
7. 「5 · 18 민주유공자 예우에 관한 법률」 제 4 조제 2 호에 따른 5 · 18 민주화운동부상자
② 삭제
③ 비과세종합저축의 계약금액 총액의 계산방법, 운용 · 관리 방법과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

■ 지역보건법

제 10 조(보건소의 설치)
① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방 · 관리하기 위하여 시 · 군 · 구에 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다.
② 동일한 시 · 군 · 구에 2 개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다.

제 12 조(보건의료원)
보건소 중 「의료법」 제 3 조제 2 항제 3 호가목에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다.

제 13 조(보건지소의 설치)
지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하 "보건지소"라 한다)를 설치할 수 있다.

■ 초• 중등교육법

제 2 조(학교의 종류)

초 · 중등교육을 실시하기 위하여 다음 각 호의 학교를 둔다.

1. 초등학교 · 공민학교
2. 중학교 · 고등공민학교
3. 고등학교 · 고등기술학교
4. 특수학교
5. 각종학교

■ 통계법

제 18 조(통계작성의 승인)

① 통계작성기관의 장은 새로운 통계를 작성하고자 하는 경우에는 그 명칭, 종류, 목적, 조사대상, 조사방법, 통계표 서식, 조사사항의 성별구분 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 미리 통계청장의 승인을 받아야 한다. 승인을 받은 사항을 변경하거나 승인을 받은 통계의 작성을 중지하고자 하는 경우에도 또한 같다.

② 통계작성기관의 장은 제 1 항에 따른 승인을 받거나 제 20 조에 따른 협의를 거치기 전에 행정자료를 활용한 통계의 작성이 가능한 것인지 여부를 미리 판단하여야 한다. 이 경우 통계작성기관의 장은 이에 대한 판단을 통계청장에게 의뢰할 수 있다.

③ 통계청장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제 1 항에 따른 승인을 하지 아니할 수 있다.

1. 이미 승인을 받은 다른 통계와 조사 또는 보고의 대상 · 목적 및 방법 등 그 내용이 동일 또는 유사하다고 인정되는 경우
2. 표본규모가 지나치게 작거나 검증된 통계작성기법을 사용하지 아니하여 통계의 신뢰성을 확보할 수 없다고 인정되는 경우
3. 조사 또는 보고의 대상 또는 목적 등이 특정 이익집단 또는 특정부문에 편중되거나 영리적인 목적으로 작성되는 등 공공의 이익을 목적으로 작성된다고 보기 어려운 경우

④통계청장은 제 1 항에 따른 승인을 한 때에는 이를 고시하여야 한다. 이 경우 승인을 한 통계의 명칭, 통계작성기관의 명칭 등 고시에 포함되어야 할 사항은 대통령령으로 정한다.

■ 폭력행위 등 처벌에 관한 법률

제 2 조(폭행 등)

① 삭제

② 2 명 이상이 공동하여 다음 각 호의 죄를 범한 사람은 「형법」 각 해당 조항에서 정한 형의 2 분의 1 까지 가중한다.

1. 「형법」 제 260 조제 1 항(폭행), 제 283 조제 1 항(협박), 제 319 조(주거침입, 퇴거불응) 또는 제 366 조(재물손괴 등)의 죄
2. 「형법」 제 260 조제 2 항(존속폭행), 제 276 조제 1 항(체포, 감금), 제 283 조제 2 항(존속협박) 또는 제 324 조제 1 항(강요)의 죄
3. 「형법」 제 257 조제 1 항(상해) · 제 2 항(존속상해), 제 276 조제 2 항(존속체포, 존속감금) 또는 제 350 조(공갈)의 죄

③ 이 법(「형법」 각 해당 조항 및 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범, 각 해당 조항의 상습범의 미수범, 특수범의 미수범, 상습특수범의 미수범을 포함한다)을 위반하여 2 회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 제 2 항 각 호에 규정된 죄를 범하여 누범(累犯)으로 처벌할 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 제 2 항제 1 호에 규정된 죄를 범한 사람: 7 년 이하의 징역
2. 제 2 항제 2 호에 규정된 죄를 범한 사람: 1 년 이상 12 년 이하의 징역
3. 제 2 항제 3 호에 규정된 죄를 범한 사람: 2 년 이상 20 년 이하의 징역

④ 제 2 항과 제 3 항의 경우에는 「형법」 제 260 조제 3 항 및 제 283 조제 3 항을 적용하지 아니한다.

제 3 조(집단적 폭행 등)

① 삭제

② 삭제

③ 삭제

④ 이 법(「형법」 각 해당 조항 및 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범, 각 해당 조항의 상습범의 미수범, 특수범의 미수범, 상습특수범의 미수범을 포함한다)을 위반하여 2 회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 다음 각 호의 죄를 범하여 누범으로 처벌할 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 「형법」 제 261 조(특수폭행)(제 260 조제 1 항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제 284 조(특수협박)(제 283 조제 1 항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제 320 조(특수주거침입) 또는 제 369 조제 1 항(특수손괴)의 죄: 1 년 이상 12 년 이하의 징역
2. 「형법」 제 261 조(특수폭행)(제 260 조제 2 항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제 278 조(특수체포, 특수감금)(제 276 조제 1 항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제 284 조(특수협박)(제 283 조제 2 항의 죄를 범한 경우에 한정한다) 또는 제 324 조제 2 항(강요)의 죄: 2 년 이상 20 년 이하의 징역
3. 「형법」 제 258 조의 2 제 1 항(특수상해), 제 278 조(특수체포, 특수감금)(제 276 조제 2 항의 죄를 범한 경우에 한정한다) 또는 제 350 조의 2(특수공갈)의 죄: 3 년 이상 25 년 이하의 징역

■ 한의약 육성법

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "한의약"이란 우리의 선조들로부터 전통적으로 내려오는 한의학(韓醫學)을 기초로 한 한방의료행위와 이를 기초로 하여 과학적으로 응용 · 개발한 한방의료행위(이하 "한방의료"라 한다) 및 한약사(韓藥事)를 말한다.
2. "한약사"란 한약의 생산[한약재(韓藥材) 재배를 포함한다] · 가공 · 제조 · 조제 · 수입 · 판매 · 감정 · 보관 또는 그 밖에 한약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
3. "한의약기술"이란 한의약을 포함하여 한약제제(韓藥製劑, 한약을 한방 원리에 따라 제조한 것을 말한다. 이하 제 5 호에서 같다) 및 한약재 재배(우수 품종 개발을 포함한다) · 제조 · 유통 · 보관 등 한의약과 관련한 모든 상품 및 서비스에 관련된 기술로서 대통령령으로 정하는 것을 말한다.
4. "한약"이란 동물 · 식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조 · 절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
5. "한약재"란 한약 또는 한약제제를 제조하기 위하여 사용되는 원료 약재를 말한다.

■ 형법

제 250 조(살인, 존속살해)

① 사람을 살해한 자는 사형, 무기 또는 5 년 이상의 징역에 처한다.

② 자기 또는 배우자의 직계존속을 살해한 자는 사형, 무기 또는 7 년 이상의 징역에 처한다.

제 251 조(영아살해)

직계존속이 치욕을 은폐하기 위하거나 양육할 수 없음을 예상하거나 특히 참작할 만한 동기로 인하여 분만중 또는 분만직후의 영아를 살해한 때에는 10 년 이하의 징역에 처한다.

제 252 조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등)
① 사람의 촉탁 또는 승낙을 받어 그를 살해한 자는 1 년 이상 10 년 이하의 징역에 처한다.
②사람을 교사 또는 방조하여 자살하게 한 자도 전항의 형과 같다.

제 253 조(위계 등에 의한 촉탁살인 등)
전조의 경우에 위계 또는 위력으로써 촉탁 또는 승낙하게 하거나 자살을 결의하게 한 때에는 제 250 조의 예에 의한다.

(이하 생략)

제 257 조(상해, 존속상해)
① 사람의 신체를 상해한 자는 7 년 이하의 징역, 10 년 이하의 자격정지 또는 1 천만원 이하의 벌금에 처한다.
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제 1 항의 죄를 범한 때에는 10 년 이하의 징역 또는 1 천 500 만원 이하의 벌금에 처한다.
③ 전 2 항의 미수범은 처벌한다.

제 258 조(중상해, 존속중상해)
① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1 년 이상 10 년 이하의 징역에 처한다.
② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.
③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전 2 항의 죄를 범한 때에는 2 년 이상의 15 년 이하의 징역에 처한다.

(이하 생략)

제 259 조(상해치사)
① 사람의 신체를 상해하여 사망에 이르게 한 자는 3 년 이상의 유기징역에 처한다.
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전항의 죄를 범한 때에는 무기 또는 5 년 이상의 징역에 처한다.

제 260 조(폭행, 존속폭행)
① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2 년 이하의 징역, 500 만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제 1 항의 죄를 범한 때에는 5 년 이하의 징역 또는 700 만원 이하의 벌금에 처한다.
③ 제 1 항 및 제 2 항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

제 261 조(특수폭행)
단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제 260 조제 1 항 또는 제 2 항의 죄를 범한 때에는 5 년 이하의 징역 또는 1 천만원 이하의 벌금에 처한다.

제 262 조(폭행치사상)
전 2 조의 죄를 범하여 사람을 사상에 이르게 한때에는 제 257 조 내지 제 259 조의 예에 의한다.

(이하 생략)

제 287 조(미성년자의 약취, 유인)
미성년자를 약취 또는 유인한 사람은 10 년 이하의 징역에 처한다.

제 288 조(추행 등 목적 약취, 유인 등)
① 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 1 년 이상 10 년 이하의 징역에 처한다.
② 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 2 년 이상 15 년 이하의 징역에 처한다.
③ 국외에 이송할 목적으로 사람을 약취 또는 유인하거나 약취 또는 유인된 사람을 국외에 이송한 사람도 제 2 항과 동일한 형으로 처벌한다.

제 289 조(인신매매)
① 사람을 매매한 사람은 7 년 이하의 징역에 처한다.
② 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 매매한 사람은 1 년 이상 10 년 이하의 징역에 처한다.
③ 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 매매한 사람은 2 년 이상 15 년 이하의 징역에 처한다.
④ 국외에 이송할 목적으로 사람을 매매하거나 매매된 사람을 국외로 이송한 사람도 제 3 항과 동일한 형으로 처벌한다.

제 290 조(약취, 유인, 매매, 이송 등 상해 · 치상)
① 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 상해한 때에는 3 년 이상 25 년 이하의 징역에 처한다.
② 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 상해에 이르게 한 때에는 2 년 이상 20 년 이하의 징역에 처한다.

제 291 조(약취, 유인, 매매, 이송 등 살인 · 치사)
① 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 살해한 때에는 사형, 무기 또는 7 년 이상의 징역에 처한다.
② 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 5 년 이상의 징역에 처한다.

제 292 조(약취, 유인, 매매, 이송된 사람의 수수 · 은닉 등)
① 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄로 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 수수(授受) 또는 은닉한 사람은 7 년 이하의 징역에 처한다.
② 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범할 목적으로 사람을 모집, 운송, 전달한 사람도 제 1 항과 동일한 형으로 처벌한다.

(이하 생략)

제 297 조(강간)
폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 자는 3 년 이상의 유기징역에 처한다.

제 297 조의 2(유사강간)
폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 구강, 항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣거나 성기, 항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부 또는 도구를 넣는 행위를 한 사람은 2 년 이상의 유기징역에 처한다.

(이하 생략)

제 299 조(준강간, 준강제추행)

사람의 심신상실 또는 항거불능의 상태를 이용하여 간음 또는 추행을 한 자는 제 297 조, 제 297 조의 2 및 제 298 조의 예에 의한다.

(이하 생략)

제 333 조(강도)
폭행 또는 협박으로 타인의 재물을 강취하거나 기타 재산상의 이익을 취득하거나 제삼자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3 년 이상의 유기징역에 처한다.

제 334 조(특수강도)
① 야간에 사람의 주거, 관리하는 건조물, 선박이나 항공기 또는 점유하는 방실에 침입하여 제 333 조의 죄를 범한 자는 무기 또는 5 년 이상의 징역에 처한다.
② 흉기를 휴대하거나 2 인 이상이 합동하여 전조의 죄를 범한 자도 전항의 형과 같다.

제 335 조(준강도)
절도가 재물의 탈환을 항거하거나 체포를 면탈하거나 죄적을 인멸할 목적으로 폭행 또는 협박을 가한 때에는 전 2 조의 예에 의한다.

제 336 조(인질강도)
사람을 체포 · 감금 · 약취 또는 유인하여 이를 인질로 삼아 재물 또는 재산상의 이익을 취득하거나 제 3 자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3 년 이상의 유기징역에 처한다.

(이하 생략)

■ 5·18 민주유공자 예우에 관한 법률

제 4 조(적용 대상자)
다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로서 제 7 조에 따라 등록이 된 자(이하 "5 · 18 민주유공자"라 한다)와 그 유족 또는 가족은 이 법에 따른 예우를 받는다.

1. 5 · 18 민주화운동사망자 또는 행방불명자: 5 · 18 민주화운동과 관련하여 사망하거나 행방불명된 사람 또는 5 · 18 민주화운동으로 인한 상이(질병을 포함한다. 이하 같다)의 후유증으로 사망한 사람으로서, 「5 · 18 민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」에 따라 보상을 받은 사람
2. 5 · 18 민주화운동부상자: 5 · 18 민주화운동과 관련하여 상이를 입은 사람으로서, 「5 · 18 민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」 제 5 조제 5 항에 따른 장해등급(이하 "장해등급"이라 한다)의 판정을 받고 보상을 받은 사람
3. 그 밖의 5 · 18 민주화운동희생자: 5 · 18 민주화운동과 관련하여 「5 · 18 민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」 제 22 조에 따라 지원을 받은 사람