

삼성생명
우리아이통합보장보험 (무배당) 빠짐없이 꼼꼼하게

보험약관 [2016년 5월 개정약관]



삼성생명



감사의 글

삼성생명의 보험상품에 가입해주신 고객님께
진심으로 깊은 감사의 말씀을 드립니다.

삼성생명은 “보험은 사랑”이라는 컨셉 아래 고객의 사랑이 평생 이어지도록
튼튼한 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 부탁드립니다
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 이해하기 II

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 고객센터 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**

보험금

피보험자의 사망, 장애, 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 효력을 잃거나 해지된 경우
보험계약자에게 돌려주는 금액

02. 보험계약 관련 유의할 사항

- 계약을 체결할 때 유의해야 할 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.

해설

- 계약자 또는 피보험자는 청약서의 중요한 사항에 대하여 사실대로 기재하고 자필서명을 하여야 합니다.
- “중요한 사항”이라 함은 직업, 현재 및 과거 병력, 장애상태, 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.

주의



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 > 보험계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

2 계약의 취소가 가능한 경우가 있습니다.



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 부분)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.



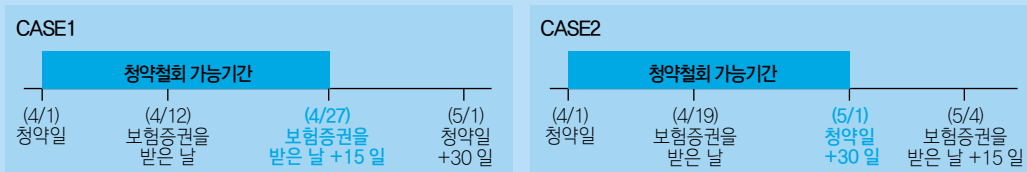
표준약관 제 17 조(청약의 철회)

- 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



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.



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

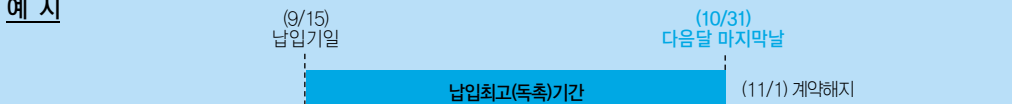
① 계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

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) 및 의료수가(실손의료비를 보장하는 보험에 한함) 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.

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



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 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시 이율 + 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 3년 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.



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

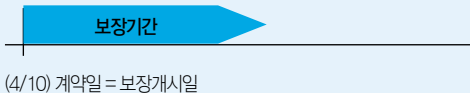
- 회사가 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제 1 회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다.

보장개시일이 계약일과 다른 경우



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

(CASE1) 정기특약의 경우



(CASE2) 암진단특약의 경우



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



 계약자 보관용 청약서



계약번호를 알아두시면 보험 관련 상담 및 보험금 청구가 보다 용이합니다.

[illegible]

04. 보험금 청구 및 지급절차

1. 보험금의 청구 방법

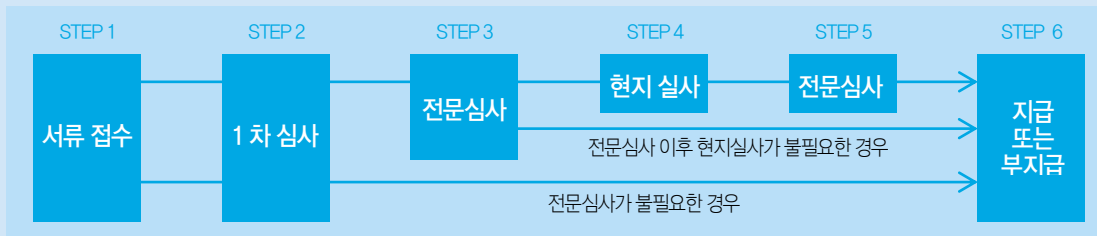
- 보험금청구 사유에 해당하는 구비서류를 준비하셔서 가까운 고객센터 또는 지점을 방문하거나, 담당컨설턴트/우편/FAX/인터넷 등을 통하여 접수할 수 있습니다.
- 구비서류는 홈페이지(<http://www.samsunglife.com>) 또는 사고보험금 전용 콜센터(1577-4118)에서 관련 내용을 확인하실 수 있습니다.

	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.

주의



- 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.

해설

- 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 장애의 판정에 대한 사례

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

해설

- “장애”는 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말합니다. 따라서 한시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않습니다.
- 다만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한 시장해의 장애지급률로 정합니다.

사례 3 보장개시일 이전에 발생한 보험금에 관한 사례

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

해설

- 암진단특약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90 일이 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 2년 이내에 교통사고로 사망하였다.	✕ 피보험자가 고혈압 관련 병력을 회사에 알리지 않고 그 후 2년 이내에 고혈압으로 인한 뇌출혈로 진단받았다.

해설

- 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.

해설

- 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.

해설

- 수술은 약관에 정한 바에 따라 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법도 포함됩니다]을 말합니다.
- 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술 및 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡検査) 등]은 제외되며 보장하지 않습니다.

사례 7 암직접치료보험금에 관한 사례 II

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

해설

- '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 | 해지환급금 과소

- A 고객은 보험가입 당시 보험설계사 B로부터 납입한 보험료 전체에 대한 원금이 보장된다고 설명을 듣고 보험에 가입함
- 그러나 콜센터와 보험계약대출 관련 상담 중, 해지환급금이 납입한 보험료에 훨씬 미치지 못한다는 사실을 확인하고 민원 제기



[유의사항]

이 보험은 피보험자의 질병, 상해 등의 보장을 목적으로 하는 보장성 보험입니다. 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 지급되는 보험금으로, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비로 사용되므로 보험계약을 중도 해지시 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.

유형 2 | 갱신평약 보험료를 계속 납입해야 한다는 설명을 받지 못함

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

설명이 필요해요~



[유의사항]

갱신평 특약의 보험료는 갱신시마다 보험나이 증가, 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률) 및 의료수가[실손의료비를 보장하는 보험에 한함] 등의 변동에 따라 갱신시 보험료가 변동(특히, 인상)될 수 있습니다. 이러한 내용은 보험 가입시 필수 안내사항으로, 가입설계서 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.

[개인정보의 수집 · 이용, 조회 및 제공에 관한 고객권리안내문]

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

고객님은 삼성생명이 처리하는 고객님의 개인정보와 관련하여 다음의 권리를 가집니다.

개인정보 수집 · 이용, 조회 및 제공 동의 철회(처리정지권)

- 계약 체결 3개월 이후부터 개인정보 수집 · 이용, 조회 및 제공 동의를 철회하실 수 있습니다. 다만, 계약의 유지·관리·상당, 기타 업무위탁에 따른 동의를 철회하는 경우에는 해당 용역의 제공을 받지 않을 것을 명확히 하여야 합니다.
- 개인정보 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 1개월 이내에 조치를 완료합니다.

상거래 거절 근거 신용정보의 고지 요구

- 금융회사가 전국은행연합회, 신용조회회사 등으로부터 제공받은 개인정보에 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 개인정보를 새로운 금융상품의 소개 등 영업목적 또는 서비스 제공목적으로 제공 · 이용에 대한 동의를 철회하거나 이러한 목적으로 고객님의 연락처를 제공하는 것을 중지하도록 청구할 수 있습니다.
- 영업목적 이용 동의 철회 또는 연락 중지 청구는 무료 AP스 전화(080-331-3114) 또는 저희 회사 인터넷 홈페이지(www.samsunglife.com) 사이버창구에서 직접 처리할 수 있으며(사이버창구 이용을 위해서는 별도의 신청절차가 필요합니다), 이 경우 회사는 1개월 이내에 조치를 완료합니다.

제공 사실 통보 요구

- 고객님의 정보를 타인에게 제공한 사실이 있는 경우 고객센터 방문, 회사 대표전화(1588-3114), 인터넷 홈페이지 이용의 방법으로 본인임을 확인받아 최근 1년간의 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 7일 이내에 통보 또는 인터넷으로 조회할 수 있도록 조치합니다.

열람 및 정정 · 삭제 청구

- 고객센터, 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 홈페이지 사이버창구를 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 7일 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.

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

- 당사 개인정보 관리·보호부서: 02-751-8611 (서울 중구 세종대로 55 삼성생명빌딩)
- 금융감독원: 국번없이 1332 (서울특별시 영등포구 여의대로 38)

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

보험약관 쉽게 이해하기II

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 신중하여야 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 보험료를 돌려드립니다.

- 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 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 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 전문보험계약자(단체보험계약자, 주권상장법인 제외)가 체결한 계약 또는 청약을 한 날부터 30일을 초과한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

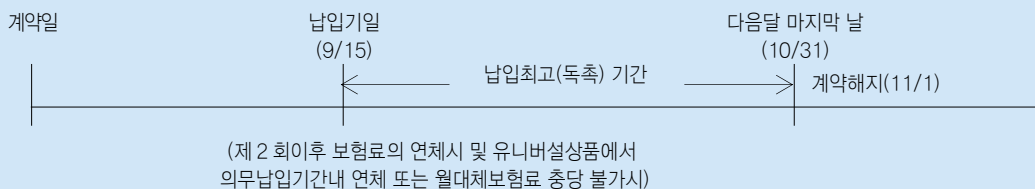
5. 계약취소

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 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다]을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

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

보험계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 때(유니버설상품에서 월대체보험료를 총당 할 수 없게 된 경우 포함)에는 14일 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.

예시



7. 해지계약의 부활(효력회복) ※ 일시납상품은 제외

보험료 납입연체로 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

보험계약자는 해지된 날부터 3년 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 고객님의 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.

※ 고객님의께서 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

태아 출생후 보험료 정산 관련

계약을 체결할 때 피보험자가 태아일 경우의 보험료는 피보험자 남자 0 세를 기준으로 적용하며, 출생할 때 피보험자의 성별이 변경될 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 정산합니다.

감액 관련

이 보험계약은 보험료를 장기간 납입해야 하기 때문에 보험계약자의 소득을 감안하여 보험료 수준을 결정하여야 하며, 납입기간 중 보험가입금액 또는 적립보험료를 감액하는 경우 감액부분만큼 해지로 처리되어 해지공제금액 상당의 손실이 발생될 수 있습니다.

공시이율 관련

공시이율은 운용자산수익률에서 투자지출률을 차감한 회사의 운용자산이익률과 객관적 외부지표금리 등을 고려하여 결정되며 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

만기환급금 관련

- 적용이율이 변동하는 보험(금리연동형보험)상품은 적립액에 적용되는 이율(공시이율)이 바뀌는 경우 지급받는 보험금의 액수도 달라질 수 있습니다.
- 만기환급금은 적립액에 적용되는 공시이율 및 적립액의 인출 등에 따라 변동합니다.
- 초과적립액이 발생한 경우 적립액에서 초과적립액을 차감한 금액을 만기환급금으로 지급합니다.

갱신형 특약 관련

- 갱신형특약의 보험료는 갱신시마다 보험나이 증가, 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률) 및 의료수가(실손의료비를 보장하는 보험에 한함) 등의 변동에 따라 갱신시 보험료가 변동(특히, 인상)될 수 있습니다.
- 갱신형특약은 보험계약자가 특약의 보험기간 만료일 15 일 전까지 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 보험

설계사가 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 관련

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

2. 해지환급금에 관한 사항

- 보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로써 보험계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비(계약체결비용, 계약관리비용 등)로 사용되므로 중도해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 적립액에 적용되는 이율(공시이율)이 바뀌는 경우 지급받는 보험금의 액수도 달라질 수 있습니다.

보험금 지급관련 특히 유의할 사항

1. 주계약 관련 유의할 사항

소멸 관련

- 피보험자가 보험기간 중 사망으로 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없으며, 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금(적립액 포함)을 계약자에게 지급합니다.
- 주계약이 소멸할 때 선택특약도 소멸됩니다. 다만, 특약의 피보험자가 주계약의 피보험자와 다른 경우에는 해당 특약은 소멸되지 않습니다.
 - ※ 특약의 경우 소멸사유가 주계약과 다를 수 있으므로, 이와 관련된 사항은 각 특약의 약관을 참조하시기 바랍니다.

납입면제 관련

- 주계약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 「장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때」 또는 암보장개시일 이후「암(갑상선암, 기타피부암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)으로 진단 확정된 경우」차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- 암보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음 날{단, 계약일[부활(효력회복)일] 현재 피보험자가 15 세 미만인 경우에는 계약일[부활(효력회복)일]}입니다.

2. 특약 관련 유의할 사항

납입면제 관련

선택특약의 피보험자가 주계약의 피보험자와 동일한 경우에 한하여 해당 선택특약의 차회 이후의 보험료 납입 또한 면제합니다. 다만, 실손의료비보장특약 D(갱신형, 무배당)의 경우 주계약 보험료 납입이 면제되었다 하더라도 해당 특약보험료는 면제되지 않습니다

실손의료비보장특약 D(갱신형, 무배당) 보장관련

- 이 특약은 발생 의료비 중 급여의 본인부담금과 비급여에 대해 일정부분을 보상해 드리는 보험이며, 약관상 보상제 외 항목에서 발생한 의료비는 보장되지 않습니다. 자세한 내용은 동 특약 약관의 “제 2 관 회사가 보상하는 사항 및 보상하지 않는 사항”을 참조하시기 바랍니다.
- 실제 발생한 의료비를 보상하는 보험을 2 개 이상 가입하더라도 실제 발생한 비용만을 보상받게 되므로, 유사한 보험가입여부 및 보상한도를 반드시 확인하시기 바랍니다. 자세한 내용은 동 특약 약관의 “제 8 관 다수보험의 처리 등”을 참조하시기 바랍니다.

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 고객님의 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 고객님의 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 및 종속특약

삼성생명 우리아이통합보장보험 (무배당) 빠짐없이 꼼꼼하게	1
삼성생명 우리아이통합보장보험 (무배당) 빠짐없이 꼼꼼하게 신생아보장특약	38
삼성생명 우리아이통합보장보험 (무배당) 빠짐없이 꼼꼼하게 뇌성마비진단 · 어린이심장수술보장특약	50
삼성생명 우리아이통합보장보험 (무배당) 빠짐없이 꼼꼼하게 주산기입원특약	61
삼성생명 우리아이통합보장보험 (무배당) 빠짐없이 꼼꼼하게 유자녀생활자금특약	72

특약

※ 특약은 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

재해사망특약 N(무배당)	81
주산기통원특약 K(무배당)	91
주산기수술특약 K(무배당)	98
신생아뇌출혈진단특약 K(무배당)	105
중대질병보장특약 K(무배당)	112
재해장해연금특약 N(무배당)	121
교통재해장해특약 N(무배당)	129
암진단특약 K(무배당)	137
뇌출혈진단특약 K(무배당)	148
급성심근경색증진단특약 K(무배당)	155
신입원특약 K(무배당)	162
암직접치료비특약 K(무배당)	170
어린이특정입원특약 K(무배당)	181
재해입원특약 K(무배당)	192
영구치상실위로금특약 K(무배당)	199
자녀학자금보장특약(무배당)	206
고도장해보장특약 N(무배당)	214
임신중독증진단특약 D(무배당)	221
신입원특약 N(갱신형, 무배당)[최대 100 세 갱신형]	229
암진단특약 K(갱신형, 무배당)	240
고액암진단특약 N(갱신형, 무배당)	252
뇌출혈진단특약 N(갱신형, 무배당) [최대 100 세 갱신형]	264
급성심근경색증진단특약 N(갱신형, 무배당) [최대 100 세 갱신형]	273
암직접치료비특약 N(갱신형, 무배당)[최대 100 세 갱신형]	281
어린이특정입원특약 K(갱신형, 무배당)	294
재해입원특약 N(갱신형, 무배당)[최대 100 세 갱신형]	303
어린이응급실내원특약 K(갱신형, 무배당)	312
중환자실입원특약 N(갱신형, 무배당)[최대 100 세 갱신형]	321
치아보존치료특약 K(갱신형, 무배당)	330
어린이수술보장특약 K(갱신형, 무배당)	340

특정질병수술보장특약 N(갱신형,무배당)[최대 100 세 갱신형]	355
항암방사선·약물치료특약 N(갱신형,무배당)[최대 100 세 갱신형]	372
저체중아입원특약 K(무배당)	383
선천이상입원특약 K(무배당)	391
선천이상수술(허유착증제외)특약 K(무배당)	399
질병고도장애(1,2 급)생활자금(선천성포함)특약 K(갱신형,무배당)	407
질병중증장애(1,2,3 급)생활자금(선천성포함)특약 K(갱신형,무배당)	428
질병고도장애(1,2 급)생활자금특약 N(갱신형,무배당)	437
질병중증장애(1,2,3 급)생활자금특약 N(갱신형,무배당)	454
유산진단위로금특약 D(무배당)	464
임신·출산질환입원특약 D(무배당)	473
임신·출산질환수술특약 D(무배당)	482
3 대장애진단특약 K(갱신형,무배당)	490
정신행동장애위로금특약 K(갱신형,무배당)	499
재해보장Ⅱ 특약 K(무배당)	508
다발성소아암진단특약 K(무배당)	520
다발성소아암진단특약 K(갱신형,무배당)	530
소아백혈병진단특약 K(무배당)	541
중대한뇌졸중진단특약 K(무배당)	551
중대한뇌졸중진단특약 K(갱신형,무배당)	558
허혈성심장질환진단특약 K(무배당)	566
성조숙증진단특약 K(무배당)	573
화상진단특약 K(무배당)	581
화상진단특약 K(갱신형,무배당)	588
1 형당뇨병진단특약 K(무배당)	596
환경성질환입원특약 K(무배당)	603
4 대중증질환입원특약 K(무배당)	612
5 대특정질환입원특약 K(무배당)	623
자녀 10 대질환입원특약 K(무배당)	632
김치치료(부목제외)특약 K(무배당)	642
음식매개세균성장염위로금특약 K(갱신형,무배당)	649
중증세균성수막염진단특약 K(갱신형,무배당)	658
중대한가와사키병진단특약 K(갱신형,무배당)	666
근시진단특약 K(갱신형,무배당)	674
고도근시진단특약 K(갱신형,무배당)	682
재해수술특약 K(갱신형,무배당)	690
재진단암보장특약 K15(갱신형,무배당)	698
유과납치위로금특약 K(무배당)	711
실손의료비보장특약 D(갱신형,무배당)	718
임신질환실손입원의료비(통상분만 제외)특약 D(무배당)	오류! 책갈피가 정의되어 있지 않습니다.

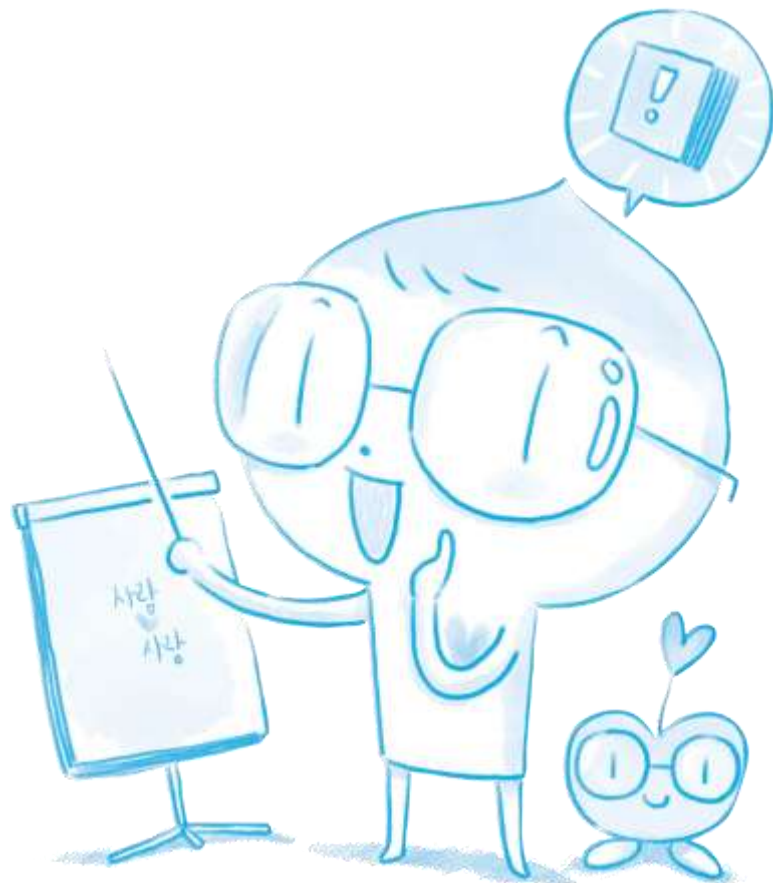
제도성 특약 및 부록

특정신체부위·질병보장제한부인수특약	764

지정대리청구서비스특약	768
플러스연금전환특약(무배당)	770
계약분리특약	778
중도부가서비스특약	780
[부록] 약관에서 인용된 법령 내용	783

삼성생명 우리아이통합보장보험 (무배당)
빠짐없이 꼼꼼하게

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 인한 해지계약의 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

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조	목적	5
제 2 조	용어의 정의	5
제 2 조의 2	용어의 정의 2	5
제 2 조의 3	보험기간의 구분	6
제 2 조의 4	“암” 등의 정의 및 진단 확정	6
제 2 조의 5	“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정	7
제 2 조의 6	“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정	7
제 2 조의 7	“암보장개시일”의 정의	8

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조	보험금의 지급사유	8
제 4 조	보험금 지급에 관한 세부규정	8
제 5 조	보험금을 지급하지 않는 사유	10
제 6 조	보험금 지급사유의 발생통지	10
제 7 조	보험금의 청구	10
제 8 조	보험금의 지급절차	11
제 9 조	보험금 받는 방법의 변경	11
제 10 조	주소변경통지	12
제 11 조	보험수익자의 지정	12
제 12 조	대표자의 지정	12

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 13 조	계약 전 알릴 의무	12
제 14 조	계약 전 알릴 의무 위반의 효과	12
제 15 조	사기에 의한 계약	13

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제 16 조	보험계약의 성립	13
제 17 조	청약의 철회	13
제 18 조	약관교부 및 설명의무 등	14
제 19 조	계약의 무효	14
제 20 조	계약내용의 변경 등	15

제 20 조의 2	공시이율형 종신보험으로의 전환	16
제 21 조	보험나이	16
제 22 조	계약의 소멸	16

제 5 관 보험료의 납입

제 23 조	제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시	16
제 24 조	제 2 회 이후 보험료의 납입	17
제 25 조	보험료의 자동대출납입	17
제 26 조	보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지	18
제 27 조	보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)	18
제 28 조	강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)	18

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 29 조	계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권	19
제 30 조	중대사유로 인한 해지	19
제 31 조	회사의 파산선고와 해지	19
제 32 조	해지환급금	19
제 32 조의 2	공시이율의 적용 및 공시	20
제 32 조의 3	적립액의 인출	20
제 33 조	보험계약대출	20
제 34 조	배당금의 지급	20

제 7 관 분쟁의 조정 등

제 35 조	분쟁의 조정	21
제 36 조	관할법원	21
제 37 조	소멸시효	21
제 38 조	약관의 해석	21
제 39 조	회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력	21
제 40 조	회사의 손해배상책임	21
제 41 조	개인정보보호	21
제 42 조	준거법	21
제 43 조	예금보험에 의한 지급보장	22

제 8 관 태아가입특칙

제 44 조	특칙의 적용	22
제 45 조	피보험자	22
제 46 조	출생통지	22
제 47 조	유산(流産) 또는 사산(死産)시의 처리	22
제 48 조	복수(複數)출생의 경우	22
제 49 조	보험금 지급기준 적용나이	22
제 50 조	출생 전 보험금 지급사유 발생	22
제 51 조	계약나이의 계산 특례(特例)	22
제 52 조	계약일 및 계약나이의 변경	22
제 53 조	보험료 정산 및 정산 이후 납입에 관한 사항	23

(별표 1) 보험금 지급기준표	23

(별표 2) 악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)	24

(별표 3) 재해분류표	25

(별표 4) 장해분류표	26

(별표 5) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	37

삼성생명 우리아이통합보장보험(무배당) 빠짐없이 꼼꼼하게 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 3) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애: (별표 4) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

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.
- 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.

제 2 조의 2 [용어의 정의 2]

① 계약자는 다음에 정하는 보장계약을 체결해야 하며, 적립계약을 추가적으로 가입할 수 있습니다. 다만 제 1 호 ‘나’ 목의 경우 제 2 조의 3(보험기간의 구분) 제 3 항에 따라 플러스보장보험기간에 한합니다.

(이하 “보장계약”과 “적립계약”을 합하여 “계약”이라 합니다)

1. 보장계약

- 가. 기본보험기간 중 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에서 정한 재해장해보험금을 지급받기 위한 계약
- 나. 플러스보장보험기간 중 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 3 호에서 정한 사망보험금을 지급받기 위한 계약
- 다. 보험료 납입기간 중 제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제 1 항에서 정한 50%이상인 장애상태가 되었을 경우 또는 암보장개시일 이후 암(“갑상선암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 및 “대장점막내암” 제외)으로 진단 확정되었을 경우 적립계약의 보험료 납입을 면제받기 위한 계약

2. 적립계약

- 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 1 호에서 정한 만기환급금을 지급받기 위한 계약
- ② 계약자는 제 1 항에서 정하는 보장계약의 보험료와 적립계약의 보험료를 합하여 납입하여야 합니다. (이하 보장계약의 보험료를 “보장보험료”, 적립계약의 보험료를 “적립보험료” 라 하며 “보장보험료” 와 “적립보험료”를 합하여 “보험료” 라 합니다)
- ③ “적립액”이라 함은 적립순보험료(적립보험료에서 계약체결비용 및 계약관리비용을 차감한 금액)에 대하여 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 바에 따라 보험료 납입일부터 일자 계산에 따라 제 32 조의 2(공시이율의 적용 및 공시)에서 정한 공시이율(이하 “공시이율”이라 합니다)로 적립한 금액을 말합니다. 다만, 제 32 조의 3(적립액의 인출)에 따른 인출금액이 있는 경우에는 해당시점의 적립액에서 인출금액을 차감한 금액을 말합니다.
- ④ “이미 납입한 보험료”라 함은 계약자가 회사에 납입한 보장보험료(특약보험료 포함)와 적립보험료의 합계를 말합니다. 다만, 제 32 조의 3(적립액의 인출)에 따른 인출금액이 있는 경우 적립보험료의 합계액은 인출금액의 합계를 차감한 금액을 말합니다.
- ⑤ “초과적립액”이라 함은 기본보험기간이 만료되는 시점의 적립액이 이미 납입한 보험료를 초과하는 경우 그 차액을 말합니다.

제 2 조의 3 [보험기간의 구분]

- ① 이 보험의 보험기간은 “기본보험기간”과 “플러스보장보험기간”으로 구분합니다(이하 “기본보험기간”과 “플러스보장보험기간”을 합하여 “보험기간”이라 합니다).
- ② “기본보험기간”이란 계약 체결 시점에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ③ “플러스보장보험기간”은 기본보험기간이 만료되는 시점에 초과적립액이 발생한 경우에만 적용되며, 플러스보장보험기간은 기본보험기간이 만료되는 날의 다음 날부터 10 년으로 합니다.
- ④ 기본보험기간과 플러스보장보험기간의 보장내용은 제 3 조(보험금의 지급사유)를 따릅니다.
- ⑤ 제 3 항에 따라 플러스보장보험기간이 적용될 경우, 계약자와 피보험자가 동일인이 아닌 경우 피보험자의 서면에 의한 동의가 있어야 하며, 플러스보장보험기간의 보험가입금액은 초과적립액을 일시납보험료로 하여 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출합니다.

제 2 조의 4 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 계약에 있어서 “암” 이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 별표 2 [악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “제 2 조의 5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암”, “제 2 조의 6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

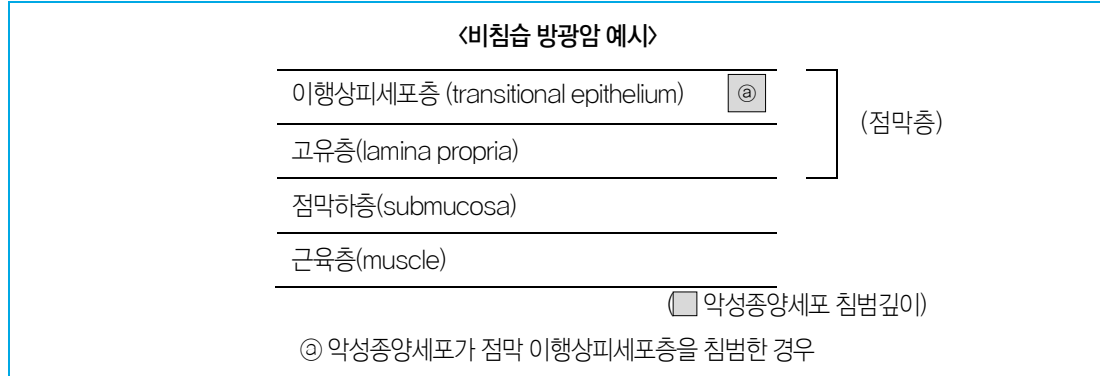
설명	〈유의사항〉
	한국표준질병 · 사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ② 이 계약에 있어서 “기타피부암” 이라 함은 제 7 차 개정 한국표준질병 · 사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 계약에 있어서 “갑상선암” 이라 함은 제 7 차 개정 한국표준질병 · 사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “비침습 방광암”은 제 2 조의 5(“비침습방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에 있어서 “대장점막내암”은 제 2 조의 6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단 확정에는 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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 증

거가 있어야 합니다.

제 2 조의 5 [“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정]

① 이 계약에 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] 제 7 판’에서 정한 병기상 TaNOMO 인 방광암을 말합니다.

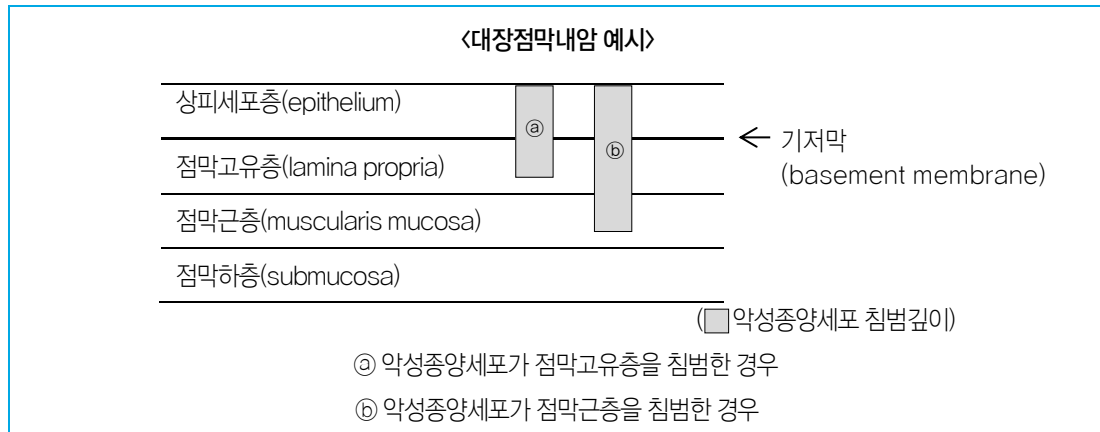


② 제 1 항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리와 전문의 자격을 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.

제 2 조의 6 [“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정]

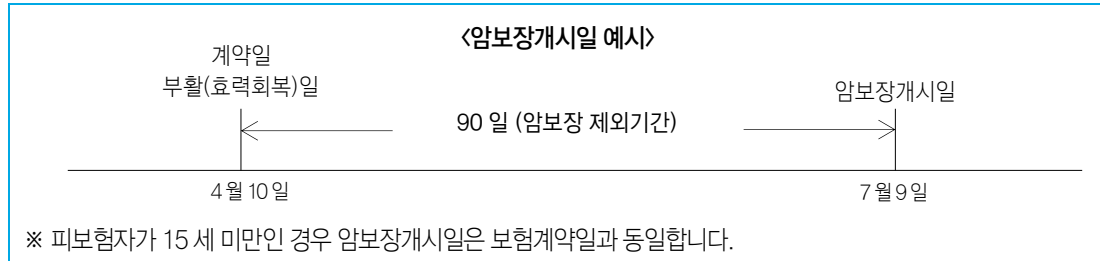
① 이 계약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리와 전문의 자격을 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.

제 2 조의 7 [“암보장개시일”의 정의]

제 2 조의 4(“암” 등의 정의 및 진단 확정) 제 1 항에서 정한 “암” 보장에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날(단, 계약일 현재 피보험자가 15 세 미만인 경우에는 계약일, 이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날(단, 부활(효력회복)일 현재 피보험자가 15 세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일)입니다.



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 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 기본보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 경우 : 만기환급금(다만, 적립계약을 체결한 경우에 한합니다)
2. 피보험자가 기본보험기간 중 발생한 재해로 인하여 장애분류표(별표 4 참조) 중 장애지급률이 3%이상 100%이 하에 해당하는 장애상태가 되었을 때 : 재해장해보험금
3. 피보험자가 플러스보장보험기간 중 사망한 경우 : 사망보험금(다만, 초과적립액이 발생한 경우에 한합니다)

제 4 조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우 또는 암보장개시일 이후 암(“갑상선암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 및 “대장점막내암” 제외)으로 진단 확정되었을 경우 이 계약의 차회 이후 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 적립계약을 체결한 경우에 한하여 제 1 항에 따라 보험료 납입이 면제된 이후 기본보험기간이 만료되었을 경우에는 보험료 납입기간 동안 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 1 호에서 정한 만기환급금을 보험수익자에게 지급합니다.
- ③ 피보험자가 계약일부터 암보장개시일 전에 “암”으로 진단 확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 또한 피보험자가 계약일부터 암보장개시일 전에 “암”으로 진단 확정 되었으나, 제 4 항에서 계약자가 계약의 취소를 선택하지 않은 경우에는 암보장개시일 이후 “암”으로 진단 확정되더라도 그 암이 계약일부터 암보장개시일 전에 진단 확정된 “암”으로 인한 경우에 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 단, 청약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일 전에 “암”으로 진단 확정받더라도 암보장개시일 이후 5 년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5 년이 지난 이후에는 제 1 항의 납입면제사유가 발생한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ④ 계약자는 피보험자가 암보장개시일 전에 암으로 진단 확정된 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90 일 이내에 계약을 취소할 수 있으며 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
- ⑤ 제 1 항 및 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일로부터 180 일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일 또는 진단 확정일로부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표 4 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

⑦ 제 1 항 및 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 2 호의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 4 참조) 상 2 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑧ 제 1 항 및 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 2 호의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑨ 제 1 항 및 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 2 호의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제 9 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 4 참조)상의 2 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에서 다른 재해로 인하여 장해가 2 회 이상 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(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제 11 항에 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 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 재해장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 제 1 호 이외에 이 계약의 규정에 따라 재해장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 재해장해보험금이 지급되지 않았던 장해

설명	〈제 4 조 제 12 항 제 1 호 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. 〈제 4 조 제 12 항 제 2 호 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.

⑬ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

⑭ 이 계약에서「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑮ 장해분류표(별표 4 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표 4 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑯ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 3 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제 1 항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑰ 제 16 항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보

보험료 납입을 면제합니다.

⑮ 제 17 항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제 26 조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑯ 제 27 조[보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제 17 항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑰ 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 3 호의 '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 사망 연월일을 기준으로 합니다.

㉑ 회사는 제 2 조의 2(용어의 정의 2) 제 5 항에서 정한 초과적립액이 발생한 경우 적립액에서 초과적립액을 차감한 금액을 만기환급금으로 지급합니다.

㉒ 보험수익자와 회사가 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 2 호 및 제 3 호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 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.

㉓ 계약자와 회사가 제 1 항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견을 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 각 목의 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제 3 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
특히, 그 결과 플러스보장보험기간 중에 사망에 이르게 된 경우에는 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 3 호의 사망보험금을 지급합니다.
나. 플러스보장보험기간 중에 자살한 경우에는 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 3 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, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7 일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표 5(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 이내에 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제 6 항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유와 확인이 지연되는 경우
 6. 제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제 22 항 및 제 23 항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제 3 자의 의견에 따르기로 한 경우

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

- ④ 제 3 항에 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 제 3 항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑥ 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.
- ⑦ 회사는 제 6 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 호 및 제 3 호에 따른 재해장해보험금이나 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 지체 없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제 1 항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경 내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최초의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제 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 피보험자, 제 3 호는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

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 그 책임을 연대(連帶)로 합니다.

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 종합병원과 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 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 계약을 해지하거나 보장을 제한할 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 있습니

다”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]

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

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제 16 조 [보험계약의 성립]

① 계약은 계약자의 청약(講約)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 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 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.

제 17 조 [청약의 철회]

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회(撤回)할 수 있습니다. 다만, 전문보험계약자(단체보험계약자, 주권상장법인 제외)가 체결한 계약은 청약 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 30일이 초과한 계약은 청약 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 3일 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 때 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못

한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

㉔ 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	〈통신판매계약〉
해설	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 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.

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 보험료를 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 보험료를 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 보험금의 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.

용어	〈심신상실자(心神喪失者)〉
해설	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. 보험가입금액, 적립보험료(다만, 적립계약을 체결한 경우에 한합니다)
2. 계약자
3. 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 항 제 1 호에 따라 보험가입금액 또는 적립보험료를 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, 보험가입금액 또는 적립보험료를 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 만기환급금 또는 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 제 3 항에 따라 보험가입금액 또는 적립보험료를 감액한 경우 제 2 조의 2(용어의 정의) 제 4 항의 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산합니다.

설명	1. 감액직후의 이미 납입한 보험료는 「감액직후의 이미 납입한 보장보험료」와 「감액직후의 이미 납입한 적립보험료」의 합계를 말합니다. 2. 「감액직후의 이미 납입한 보장보험료」는 다음 각 목에 해당하는 금액을 보장보험료로 하여 다음과 같은 방법으로 각각 계산하여 합산한 금액을 말합니다. 감액직후의 보험가입금액 $\cdot \text{감액직전 이미 납입한 보장보험료} \times \frac{\text{감액직전의 보험가입금액}}{\text{가. 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에서 정한 재해장해보험금을 지급받기 위한 보장보험료 나. 제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제 1 항에서 정한 보험료 납입면제를 받기 위한 보장보험료 다. 각 특약보험료}}$ 3. 「감액직후의 이미 납입한 적립보험료」 감액직후의 적립보험료 $\cdot \text{감액직전 이미 납입한 적립보험료} \times \frac{\text{감액직전의 적립보험료}}$ 4. 제 2 호 및 제 3 호의 「감액직전 이미 납입한 보장보험료」 및 「감액직전 이미 납입한 적립보험료」는 해당 감액 전 제 2 조의 2(용어의 정의) 제 4 항에 따라 계산한 금액을 말합니다.

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 [공시이율형 종신보험으로의 전환]

- ① 계약자는 보험료 납입완료 후 회사의 승낙을 얻어 회사가 정한「공시이율형 종신보험[2016년 4월 기준 삼성생명 The 안심 종신보험 1.0(무배당,보증비용부과형)]」으로 계약전환(이하 "전환"이라 합니다)을 신청할 수 있습니다.
- ② 전환은 이 계약의 사업방법서에서 정한 방법으로 신청 가능하며, 보험료 납입이 면제된 계약의 경우 전환 신청을 할 수 없습니다.
- ③ 이 계약을 전환할 경우 전환시점의「해지환급금」을 일시납 보험료(단, 계약체결비용 및 계약관리비용 중 기타비용은 부가하지 않음)로 하며, 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 또한, 전환 후 계약의 피보험자는 전환 전 계약의 피보험자와 같습니다.
- ④ 전환 후 계약은 전환일 당시의 약관, 전환일 당시 피보험자의 나이 및 전환일 당시 기초율에 따라 계산된 보험요율을 적용합니다.

제 21 조 [보험나이]

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제 19조(계약의 무효) 제 2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 제 1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

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

제 22 조 [계약의 소멸]

- ① 보험기간 중 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 특히, 기본보험기간 중에 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금(적립액 포함)을 계약자에게 지급합니다.

용어 해설	〈책임준비금〉 장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

- ② 기본보험기간이 만료되는 시점에 제 2조의 2(용어의 정의) 제 5항에서 정한 초과적립액이 없는 경우 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ③ 제 1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제 7조(보험금의 청구) 제 1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제 8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제 8조(보험금의 지급절차) 제 2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

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 않

은 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 건강진단내용이 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.

⑤ 제 1 항 및 제 2 항에도 불구하고 제 2 조의 4(“암” 등의 정의 및 진단 확정) 제 1 항의 “암”보장에 대한 보장개시일은 제 2 조의 7(“암보장개시일”의 정의)에서 정한 암보장개시일로 합니다.

제 24 조 [제 2 회 이후 보험료의 납입]

① 계약자는 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

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

② 제 1 항에도 불구하고, 계약자는 이 계약의 사업방법서에서 정한 방법에 따라 보험료를 선납할 수 있으며, 이 경우 적립보험료는 보험료 납입일부터 공시이율로 적립하여 해당 월계약해당일에 적립액으로 이체하며 해당 월계약해당일에 해당 월의 계약체결비용 및 계약관리비용을 차감합니다. 다만, 3 개월 이상(당월분 제외)의 보험료를 미리 납입 할 경우 보장보험료는 평균공시이율로 할인하여 드립니다.

③ 제 2 항의 경우 계약이 기본보험기간 중에 소멸이 되거나 보험료 납입이 면제되었을 경우에 선납보험료가 있으면 선납보험료를 받은 기간에 대하여 「보장보험료는 평균공시이율로 계산한 이자, 적립보험료는 공시이율로 계산한 이자」를 선납보험료에 더하여 계약자에게 돌려 드립니다.

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 알려드립니다.

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 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날부터 1 개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 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 전자

문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내합니다.

제 26 조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 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 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 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 송신하여야 하며, 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 해설	〈납입최고(독촉)〉 약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

제 27 조 [보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)]

- ① 제 26 조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 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 이 계약의 사업방법서에서 별도로 정한 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. 다만, 부활(효력회복)의 경우 제 1 회 보험료는 부활(효력회복)시의 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 인한 해지계약의 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.
- 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(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제29조 [계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권]

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 계약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제2항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.
- ④ 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간(단, 플러스보장보험기간에 한합니다)에는 언제든지 서면동의를 정래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제30조 [중대사유로 인한 해지]

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 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 20일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 입원일수 20일에 해당하는 보험금을 지급합니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제31조 [회사의 파산선고와 해지]

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 드립니다.

제32조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 적립계약의 해지환급금 계산시 적용되는 공시이율은 제32조의2(공시이율의 적용 및 공시)에서 정한 이율로 합니다.
- ③ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제32조의2 [공시이율의 적용 및 공시]

① 이 보험의 적립액에 대한 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 공시이율(연복리 1.5% 최저보증)로 하며, 매월 1일부터 당월 마지막 날까지 1개월간 확정 적용합니다.

용어 해설	〈최저보증이율〉 운용자산이익률 및 시중금리가 하락되더라도 회사에서 보증하는 최저한도로 적용되는 이율을 말합니다. 예를 들어, 적립액이 공시이율에 따라 적립되며 공시이율이 1.0%인 경우 적립액은 공시이율(1.0%)이 아닌 최저보증이율(1.5%)로 적립됩니다.

② 제 1 항의 공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 객관적 외부지표금리와 운용자산이익률을 가중 평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정합니다.

③ 회사는 제 1 항 및 제 2 항에서 정한 공시이율 및 산출방법 등을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

설명	〈공시이율의 공시〉 이 보험의 사업방법서는 회사의 인터넷 홈페이지(www.samsunglife.com)의 “상품공시실” 내 “보험상품목록”에서 각 상품별로 공시하며, 적용되는 공시이율 및 산출방법 등은 회사의 인터넷 홈페이지의 “상품공시실” 내 “보험상품적용이율”에서 공시합니다.

제 32 조의 3 [적립액의 인출]

① 계약자는 계약일 이후 2년이 지난 후부터 보험연도 기준 연 4 회에 한하여 1 회당 인출신청시점 적립계약의 해지환급금(단, 주계약의 해지환급금이 적립계약의 해지환급금보다 적은 경우에는 주계약의 해지환급금을 한도로 하며, 보험계약대출이 있는 경우 보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액)의 50% 범위 이내에서 적립액의 일부를 인출할 수 있습니다(10 만원 이상 천원 단위). 다만, 인출 후 적립계약의 적립액은 「주계약 월납 영업보험료의 12 배」 이상이어야 하며, 각 인출시점까지의 인출금액 총합계는 이미 납입한 주계약보험료와 특약보험료를 합한 금액을 초과할 수 없습니다.

용어 해설	〈보험연도〉 당해연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매 1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어, 보험계약일이 2014년 8월 15일인 경우 보험연도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년이 됩니다.

② 적립액 인출 이후 해지환급금 또는 만기환급금을 지급할 때에는 「인출금액 및 인출금액에 부리되는 이자」를 차감하므로 해지환급금 또는 만기환급금이 최초 가입할 때 안내한 금액보다 적어질 수 있습니다.

설명	계약이 효력을 잃거나 해지된 경우 계약자는 더 이상 적립액을 인출할 수 없습니다.

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.

② 계약자는 제 1 항에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금 또는 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 분쟁 당사자 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 2015년 1월 2일에 발생하였음에도 2018년 1월 2일까지 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 청약에 권유하기 위해 만든 자료 등을 말함) 내용이나 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 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제 2 항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

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

제 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.

제 8 관 태아가입특칙(胎兒加入特則)

제 44 조 [특칙의 적용]

이 특칙은 피보험자로 될 자가 계약을 체결할 때 태아(胎兒)인 계약에 한하여 적용합니다.

제 45 조 [피보험자]

제 44 조(특칙의 적용)의 태아(이하“태아”라고 합니다)는 출생할 때에 피보험자가 됩니다.

제 46 조 [출생통지]

① 계약자는 피보험자가 출생한 경우에는 지체 없이 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.

1. 통지서(회사양식)
2. 피보험자의 가족관계등록부(기본증명서)

② 제 1 항의 통지가 있는 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 47 조 [유산(流産) 또는 사산(死産)시의 처리]

① 태아가 유산 또는 사산에 의해 출생하지 못한 경우에는 계약(특약 포함)을 무효로 합니다. 다만, 다음 제 1 호 및 제 2 호의 특약은 태아가 유산 또는 사산된 때부터 효력이 없으며, 제 3 호에서 제 5 호의 특약은 태아가 유산 또는 사산에 의해 출생하지 못한 경우에도 해당 특약의 약관에 따라 보장합니다.

1. 임신중독증진단특약 D(무배당)
2. 유산진단위로금특약 D(무배당)
3. 임신·출산질환입원특약 D(무배당)
4. 임신·출산질환수술특약 D(무배당)
5. 임신질환실손입원의료비(통상분만 제외)특약 D(무배당)

② 계약자는 제 1 항의 사실이 발생한 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.

1. 통지서(회사양식)
2. 의사 또는 조산원의 유산 또는 사산을 증명하는 서류
3. 최종 보험료영수증

③ 제 2 항의 통지가 있는 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제 48 조 [복수(複數)출생의 경우]

태아가 복수로 출생한 경우 계약자는 출생아 각각을 피보험자로 지정할 수 있습니다. 다만, 하나의 계약이 체결된 경우에는 출생아 중 1 명만을 피보험자로 지정할 수 있으며, 그 외의 출생아에 대해서는 새로운 계약의 피보험자로 지정할 수 있습니다.

제 49 조 [보험금 지급기준 적용나이]

(별표 1)의 보험금 지급기준표에서 적용하는 피보험자의 나이는 피보험자의 주민등록등본 또는 가족관계등록부의 해당증명서에 기재된 출생일을 기준으로 계산합니다.

제 50 조 [출생 전 보험금 지급사유 발생]

피보험자의 출생 전에 제 3 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 피보험자가 출생한 날부터 제 3 조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 지급합니다.

제 51 조 [계약나이의 계산 특례(特例)]

계약일에 있어서의 피보험자의 계약나이는 0 세로 합니다.

제 52 조 [계약일 및 계약나이의 변경]

- ① 회사가 제 46 조(출생통지) 제 1 항의 통지를 받은 경우 피보험자의 출생일이 계약일부터 6 개월을 초과한 때에는 회사는 계약일을 피보험자의 출생일의 반년 전의 해당일로 변경하며 이로 인하여 피보험자의 계약나이가 바뀌어질 경우에는 계약나이를 변경합니다.
- ② 제 1 항에 따라 피보험자의 계약나이를 변경한 경우에는 회사는 변경 후의 계약나이에 따라서 보험료를 변경합니다.
- ③ 제 2 항의 경우 이미 납입된 보험료를 정산하고 환급하여야 할 금액이 있을 때에는 회사는 이를 계약자에게 지급하고 부족한 금액이 있을 때에는 계약자는 이를 회사에 납입하여야 합니다.

제 53 조 [보험료 정산 및 정산 이후 납입에 관한 사항]

- ① 계약을 체결할 때 피보험자가 태아일 경우의 보험료는 피보험자 남자 0 세를 기준으로 적용하며, 피보험자가 출생할 때 피보험자의 성별이 변경될 경우에는 산출방법서에서 정한 방법에 따라 정산합니다.
- ② 제 1 항에 따라 보험료를 정산하는 경우, 회사가 지급하여야 할 금액이 있을 때는 이를 계약자에게 지급하고 부족한 금액이 있을 때는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.
- ③ 제 2 항에 따른 금액은 제 1 항에 따라 계산된 정산보험료를 정산일까지의 기간에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액으로 합니다.
- ④ 제 1 항에 따라 보험료를 정산한 이후에 성별에 따라 보험료가 변경될 경우 계약자는 변경된 보험료를 납입하여야 합니다.

별표 1

보험금 지급기준표

1. 기본보험기간

(1) 만기환급금(약관 제 3 조 제 1 호)(적립계약을 체결한 경우에 한함)

지급사유	피보험자가 기본보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 경우
지급금액	적립액 (단, 초과적립액이 발생한 경우 적립액에서 초과적립액을 차감한 금액)

- (※) 1. 「적립액」이란 적립소보험료(적립보험료에서 계약체결비용 및 계약관리비용을 차감한 금액)에 대하여 산출방법서에서 정한 바에 따라 보험료 납입일부터 일자 계산에 의하여 「공시이율」로 적립한 금액을 말합니다. 다만, 제 32 조의 3(적립액의 인출)에 따른 인출금액이 있는 경우에는 해당 시점의 적립액에서 인출금액을 차감합니다.
2. 적립액은 공시이율의 변경 등에 따라 이미 납입한 보험료(특약보험료를 포함)를 초과할 수 있습니다.

(2) 재해장해보험금(약관 제 3 조 제 2 호)

지급사유	피보험자가 기본보험기간 중 재해로 인하여 장애분류표(별표 4 참조) 중 장애지급률이 3% 이상 100%이하에 해당하는 장애상태가 되었을 때
지급금액	보험가입금액 × 장애지급률

- (※) 상기의 보험가입금액은 제 2 조의 2(용어의 정의) 제 1 항 제 1 호 '가'목에서 정한 계약의 보험가입금액을 말합니다.

2. 플러스보장보험기간

□ 사망보험금(약관 제 3 조 제 3 호)(초과적립액이 발생한 경우에 한함)

지급사유	피보험자가 플러스보장보험기간 중 사망하였을 경우
지급금액	플러스보장보험기간의 보험가입금액

- (※) 제 2 조의 2(용어의 정의) 제 5 항에서 정한 「초과적립액」이 발생한 경우에는 제 2 조의 3(보험기간의 구분) 제 5 항에 따라 플러스보장보험기간의 보험가입금액을 계산합니다.

별표 2 악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제 7 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
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. 종피성 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(일차성) 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

(주) 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 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원 발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

3. '요로의 악성신생물(C64-C68)'의 경우 이 계약 제 2 조의 5("비침습 방광암" 의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "비침습 방광암" 은 제외됩니다.

4. '소화기관의 악성신생물(C15-C26)'의 경우 이 계약 제 2 조의 6("대장점막내암" 의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암" 은 제외됩니다.

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 제 2 조 제 2 호에서 규정한 감염병(콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, A 형간염)

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 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

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

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

□ 총 칙

1. 장애의 정의

- 1) '장애'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장애 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정한다.

2. 신체부위

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

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰 방법에 따라서 장애분류표상 2 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그중 높은 지급률만을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다.
- 4) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

□ 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
- 2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
- 3) '한 눈이 멀었을 때'라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각부') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각')를 말한다.

- 4) 안구운동장애의 판정은 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- 5) '안구의 뚜렷한 운동장애'라 함은 안구의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시(두 눈으로 하나의 사물을 보는 것)에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
- 6) '안구의 뚜렷한 조절기능장애'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
- 7) '시야가 좁아진 때'라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
- 8) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 9) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 10) 외상이나 화상 등으로 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요물(眵) 등으로 의안까지 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.
- 11) 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장애판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 씹어 먹는 기능의 장애는 윗니와 아랫니의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) '씹어 먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) '씹어 먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 4) '씹어 먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
- 5) '말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 다음 4 종의 어음 중 3 종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 양순음/입술소리(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치조음/잇몸소리(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음/입천장소리(ㄱ, ㅋ, ㆁ) ④ 후두음/목구멍소리(ㅇ, ㅎ)
- 6) '말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 위 5)의 4 종의 어음 중 2 종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 7) '말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 위 5)의 4 종의 어음 중 1 종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 8) 뇌의 언어중추 손상에 따른 실어증도 말하는 기능의 장애로 평가한다.
- 9) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절(깨짐, 부러짐)된 경우를 말한다.
- 10) 유상악치 또는 가교악치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
- 11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장애의 대상이 되지 않는다.
- 13) 신체의 일부에 붙었다 떼었다 할 수 있는 의치의 결손은 장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) '추상(추한 모습)장애'라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
- 3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴

① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)

② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)

③ 지름 2cm 이상의 조직함몰

④ 코의 1/4 이상 결손

2) 머리

① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손

② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일한 부위로 한다.

2) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관련도를 산정하여 평가한다.

3) 심한 운동장애

척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4 개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태

4) 뚜렷한 운동장애

① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3 개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태

② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제 1,2 목뼈) 사이에 뚜렷한 이상전위가 있을 때

5) 약간의 운동장애

척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2 개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태

6) 심한 기형

척추의 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

7) 뚜렷한 기형

척추의 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

8) 약간의 기형

1 개 이상의 척추의 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

9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)

추간판탈출증(속칭 디스크)으로 추간판을 2마디 이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회 이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우

10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)

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

11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)

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

12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

1) '체간골'이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 같은 부위로 한다.

2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래와 같다.

① 천장관절 또는 치골융합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에게 정상분만에 지장을 줄 정도로 골반의 변형이 남은 상태

② 알몸이 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사로 측정된 각 변형이 20° 이상인 경우

3) '빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 알몸이 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사로 측정된 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다.

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애는 장애보상을 하지 않는다.

3) '팔'이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.

4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.

5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.

6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정법은 미국의사협회(A.M.A.) '연구적 신체장애 평가지침'의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.

가) '기능을 완전히 잃었을 때'라 함은

- ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
- ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사서 근력이 '0 등급(Zero)'인 경우

나) '심한 장애'라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
- ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사서 근력이 '1 등급(Trace)'인 경우

다) '뚜렷한 장애'라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

라) '약간의 장애'라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

- 7) '가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 1 상지(팔과 손가락)의 장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애는 장애보상을 하지 않는다.
- 3) '다리'라 함은 엉덩이관절(股關節)부터 발목관절까지를 말한다.
- 4) '다리의 3대 관절'이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
- 5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 다리의 관절기능 장애 평가는 하지의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정是美国의사협회(A.M.A.) '영구적 신체장애 평가지침'의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.

가) '기능을 완전히 잃었을 때'라 함은

- ① 완전 강직(관절 굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
- ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사서 근력이 '0 등급(Zero)'인 경우

나) '심한 장애'라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사서 근력이 '1 등급(Trace)'인 경우

다) '뚜렷한 장애'라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 라) 약간의 장애 라 함은
- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 7) 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때 라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 - 8) 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때 라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 - 9) 뼈에 기형을 남긴 때 라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
 - 10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상인 쪽 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장애 판단이 애매한 경우에는 스캐노그램(scanogram)으로 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

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

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제 1 지관절(근위지관절) 및 제 2 지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 3) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
- 4) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제 1 지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
- 5) '손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신(굽히고 펴기)운동 가능영역으로 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에서는 제 1, 제 2 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 합산하여 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 6) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터 심장에 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 3) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
- 4) '발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 발가락의 생리적 운동영역이 정상 운동 가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신(굽히고 펴기)기능을 측정하여 결정한다.
- 5) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 판정기준

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

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

1) 신경계

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

2) 정신행동

- ① 위의 정신행동장애지급률에 미치지 않는 장애는 '불임' 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표'에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
- ② 일반적으로 상해를 입고 나서 24개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 다만, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 상해를 입고 나서 18개월이 지난 후에 판정할 수 있다. 다만, 장애는 전문적 치료를 충분히 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문가가 시행하고 전문의가 작성하여야 한다.
- ④ 전문의란 정신건강의학과나 신경정신과 전문의를 말한다.
- ⑤ 평가의 객관적 근거
- ⑥ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
- ④ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
 - 보호자나 환자의 진술
 - 감정의 추정이나 인정
 - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 낮은 검사들(뇌 SPECT 등)
 - 정신건강의학과나 신경정신과 전문의가 아닌 자가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
- ⑥ 각종 기질성 정신장애와 외상 후 간질에 한하여 보상한다.
- ⑦ 외상 후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
- ⑧ 정신 및 행동장애의 경우 개호인(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 사람)은 생명유지를 위한 동작과 행동이 불가능하거나 지속적으로 감금해야 하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

- ① '치매'라 함은
 - 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
 - 정상적으로 성숙한 뇌가 위의 기질성 장애로 파괴되어 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
- ② 치매의 장애평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

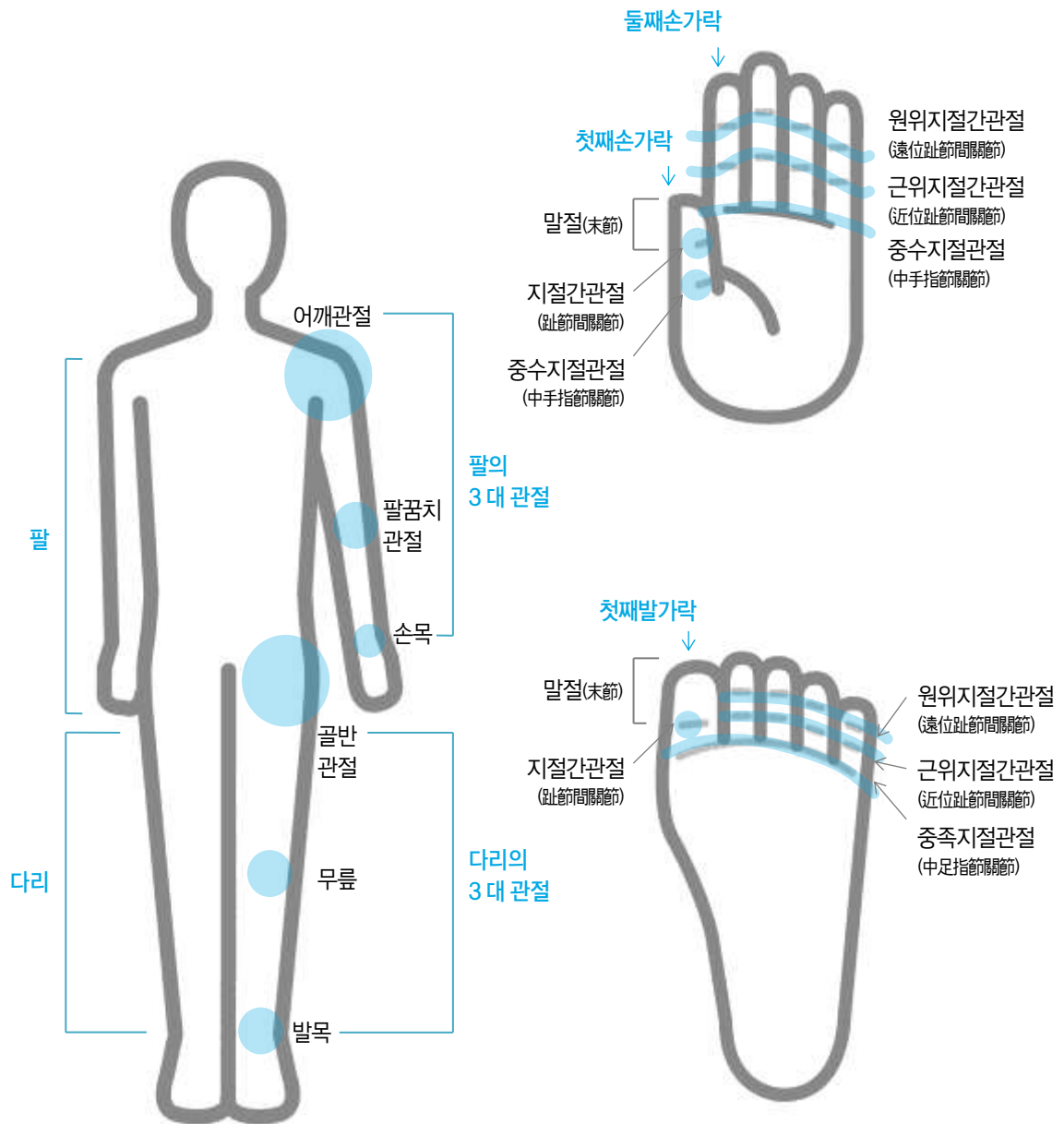
4) 뇌전증(간질)

- ① '간질'이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- ② '심한 간질 발작'이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- ③ '뚜렷한 간질 발작'이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ④ '약간의 간질 발작'이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ⑤ '중증발작'이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로서 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- ⑥ '경증발작'이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는(절뚝거리는) 상태, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브나 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(20%) - 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 목욕 시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷 입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움 없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

신체부위의 설명도



별표 5

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제 8 조 제 2 항 및 제 32 조 제 2 항 관련)

구분	적립기간	적립이율
재해장해보험금, 사망보험금 (제3조제2호및제3호)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
만기환급금 (제3조제1호) 및 해지환급금 (제32조제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1 년 이내 : 공시이율의 50% 1 년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 1. 만기환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7 일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효(제 37 조)가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
4. 가산이율 적용시 제 8 조(보험금의 지급절차) 제 3 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

삼성생명 우리아이통합보장보험(무배당) 빠짐없이 꼼꼼하게 신생아보장특약 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: (별표4) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애: (별표5) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“특정선천성소화기계기형”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “특정선천성소화기계기형”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(특정선천성소화기계기형 대상 질병 분류표)에서 정한 선천성 식도폐색증, 선천성 담도폐색증, 선천성 장(항문 포함)폐색증을 말합니다.
- ② “특정선천성소화기계기형”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조의4 [“특정선천성소화기계기형수술”의 정의]

이 특약에 있어서 “특정선천성소화기계기형수술”이라 함은 의사의 자격을 가진 자가 피보험자의 “특정선천성소화기계기형[선천성 식도폐색증, 선천성 담도폐색증, 선천성 장(항문 포함)폐색증]”을 직접 치료하기 위한 목적으로 필요하

다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 수술하는 것을 말합니다. 이 때 수술이란, 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 (향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술 및 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등]은 제외됩니다.

용어 해설	< 신의료기술평가위원회 > 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고 의 심의기구를 말합니다.

또한, 이 특약에서 말하는 개흉수술, 개복수술, 내시경수술, 카테터수술, 신의료수술은 다음과 같습니다.

1. “개흉수술”이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것입니다. 또한, 개흉수술에 준하는 것으로 흉강경 수술 및 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함합니다.
2. “개복수술”이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수(맹장), 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강내에 조작을 가할 때에 행하는 것입니다. 또한, 개복수술에 준하는 것으로서 복강경 수술 및 신장, 요관 및 방광수술을 포함하지만 경요도적 조작에 의한 시술은 해당되지 않습니다.
3. “내시경수술”이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다.
4. “카테터수술”이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 “도관을 이용한 약물주입”과 “중심정맥관 삽입술”은 제외합니다.
5. “신의료수술”이라 함은 개흉 또는 개복수술 이외의 수술에 해당하며 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법으로 해당부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말합니다.

제2조의5 [“다운증후군”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “다운증후군”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(다운증후군 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “다운증후군”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조의6 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표6 [악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “제2조의7(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암”, “제2조의8(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

설명	<유의사항> 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세포종 부위의 악성신생물(암)]의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- 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.

물)에 해당하는 질병을 말합니다.

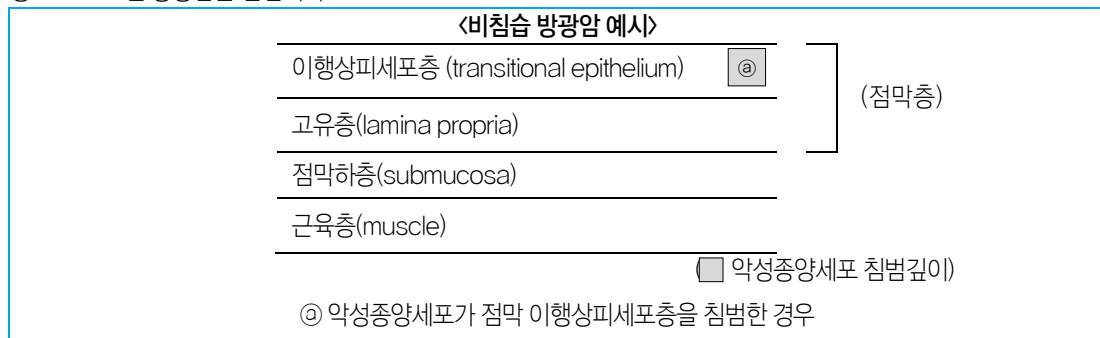
④ 이 특약에 있어서 "비침습 방광암"은 제2조의7("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에 있어서 "대장점막내암"은 제2조의8("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑥ "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단 확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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.

제2조의7 [“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 암 병기설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제7판'에서 정한 병기상 TaNOM0인 방광암을 말합니다.

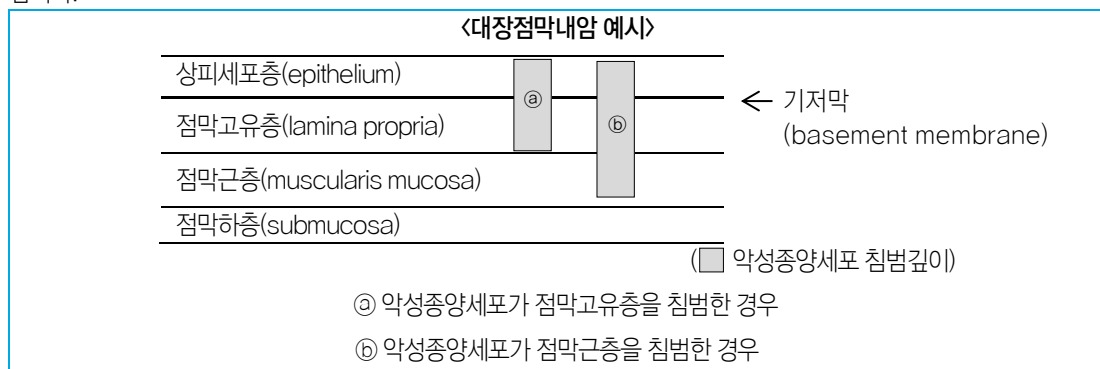


② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 "비침습 방광암"의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ "비침습 방광암"의 진단 확정은 병리와 전문의 자격을 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.

제2조의8 [“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 병리와 전문의 자격을 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.

제2조의9 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 주피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 주피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2조의3(“특정선천성소화기계기형”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “특정 선천성소화기계기형”을 직접 치료하기 위한 목적으로 해당부위에 직접적인 조작을 가하는 “특정선천성소화기계기형수술”을 개흉수술, 개복수술, 내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술로 받았을 때 : 특정선천성소화기계기형수술보험금
2. 주피보험자가 이 특약의 보험기간 중 출생시 제2조의5(“다운증후군”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “다운증후군”으로 진단이 확정되었을 때 : 다운증후군진단보험금(다만, 최초 1회에 한하여 지급)
3. 주피보험자가 이 특약의 보험기간 중 출생시 체중이 2.0kg미만일 때 : 저체중아육아보험금

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 주피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 주피보험자가 장애분류표(별표5 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우 또는 암보장개시일 이후 암(“갑상선암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 및 “대장점막내암” 제외)으로 진단 확정되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료의 납입을 면제합니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 종피보험자가 사망하거나 장애분류표(별표5 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ④ 제3조(보험금의 지급사유) 제1호에서 특정선천성소화기계기형수술보험금은 특약보험가입금액의 20%를 최고한도로 하며, 최고한도를 초과한 수술에 대해서는 더이상 특정선천성소화기계기형수술보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 내시경수술, 카테터수술 및 신의료수술은 수술개시일로부터 60일 이내 1회의 보험금을 지급한도로 하며, 60일이 지난 후 수술을 받은 경우 그 수술일을 새로운 수술개시일로 봅니다.
- ⑥ 제2항 및 제3항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표5 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일로부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑧ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 제2항 및 제3항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표5 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑩ 제2항 및 제3항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

- ⑪ 제2항 및 제3항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표5 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표5 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표5 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑬ 장애분류표(별표5 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표5 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑭ 청약서 상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항 및 제3항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑮ 제14항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑯ 제15항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑰ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제15항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑱ 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.
- ⑲ 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.
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[진단서(병명기입, 출생시 체중기입), 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 수술증명서, 진료기록부, 출생증명서, 장애진단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 별표 7(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) 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 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 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 이익을 제거할 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]

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.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 주피보험자 및 종피보험자로 합니다.
- ② 제1항의 주피보험자는 이 특약을 체결할 때 임신 23주 이내에 있는 임신부에 의하여 태어날 자녀로 하며, 주계약의 피보험자와 같습니다.
- ③ 제1항의 종피보험자는 주피보험자의 부양자로서 보험증권에 기재된 임신 중인 임신부로 합니다.

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, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다) 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 2. 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
 3. 이 특약의 주피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이때 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”(이하, “산출방법서”라고 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 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 사망 연월일을 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.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입 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 해지되었

으나 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 인한 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 제1항에도 불구하고 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 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. 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)

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]

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

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

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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표 1

보험금 지급기준표

(1) 특정선천성소화기계기형수술보험금(약관 제3조 제1호)

지급사유	주피보험자가 이 특약의 보험기간 중 (별표2)에서 정한 특정선천성소화기계기형을 직접 치료하기 위한 목적으로 해당부위에 직접적인 조작을 가하는 특정선천성소화기계기형수술을 개흉수술, 개복수술, 내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술로 받았을 때
지급금액	◇ 개흉수술 또는 개복수술을 받았을 때 : 특약보험가입금액의 20% ◇ 내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술을 받았을때(최대 4회에 한함) : 1회당 특약보험가입금액의 5% ※ 보험기간 중 특정선천성소화기계기형수술보험금의 지급한도는 특약보험가입금액의 20%를 한도로 하며, 항문성형술은 “내시경수술, 카테터수술, 신의료수술”에 준하여 보험금 지급(단, 항문성형술이 수지확장술로 시행된 경우는 보장하지 않음)

(2) 다운증후군진단보험금(약관 제3조 제2호)

지급사유	주피보험자가 이 특약의 보험기간 중 출생시 (별표3)에서 정한 다운증후군으로 진단이 확정되었을 때
지급금액	특약보험가입금액의 50%(최초 1회에 한하여 지급)

(3) 저체중아육아보험금(약관 제3조 제3호)

지급사유	주피보험자가 이 특약의 보험기간 중 출생시 체중이 2.0kg미만일 때	
지급금액	(기준 : 특약보험가입금액)	
	출생시 체중이 1.5kg미만일 때	10%
	출생시 체중이 1.5kg이상 2.0kg미만일 때	5%

- (㉞) 1. (1)의 경우 특약보험가입금액의 20%를 최고한도로 하며, 최고한도를 초과한 수술에 대해서는 더이상 특정선천성 소화기계기형수술보험금을 지급하지 않습니다.
2. (1)의 내시경수술, 카테터수술 및 신의료수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 1회의 보험금을 지급한도로 하며, 60일이 지난 후 수술을 받은 경우 그 수술일을 새로운 수술개시일로 봅니다.

별표2

특정선천성소화기계기형 대상 질병 분류표

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

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
선천성 식도폐색증	1.누공을 동반하지 않은 식도폐쇄	Q39.0
	2.기관지-식도루를 동반한 식도폐쇄	Q39.1
	3.식도의 선천성 협착	Q39.3
선천성 담도폐색증	1.담관의 폐쇄	Q44.2
	2.담관의 선천성 협착	Q44.3
선천성 장(항문 포함)폐색증	1.소장의 선천성 결여, 폐쇄 및 협착	Q41
	2.대장의 선천 결여, 폐쇄 및 협착	Q42

- (㉞) 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

별표3

다운증후군 분류표

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

대 상 질 병 명	분 류 번 호
다운증후군	Q90

- (㉞) 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

별표4 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표5 장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표6 악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표7 **보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제7조 제2항 및 제22조 제2항 관련)**

구분	적립기간	적립이율
특정선천성소화기계 기형수술보험금, 다운증후군진단보험금, 저체중아육아보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(40%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(60%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(80%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 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.

삼성생명 우리아이통합보장보험(무배당) 빠짐없이 꼼꼼하게 뇌성마비진단·어린이심장수술보장특약 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. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“뇌성마비”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “뇌성마비”라 함은 산전(産前), 출산(出産) 및 주산기(周産期)에 발생된 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 하여 그 결과 비진행성(非進行性)으로 영구적인 운동과 체위(體位)에 장애를 초래하는 뇌병변(腦病變)으로 해당 분야 전문가(의사, 물리치료사, 언어치료사, 사회복지사, 특수아동교사 등)들의 종합적인 진단, 평가, 치료를 지속적으로 필요로 하는 상태를 말합니다.
- ② “뇌성마비”의 진단 확정: 해당분야의 전문가가 작성한 진료기록부상 “뇌성마비”의 전형적인 병력의 존재, 이학적 검사, 그리고 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 단일광자전산화 단층술(SPECT), 뇌파검사(EEG)를 기초로 해야 합니다.
- ③ “뇌성마비” 이외의 원인으로 인한 뇌병변은 보장에서 제외 합니다.[예] 교통사고, 선천성 뇌기형, 뇌종양에 의한 뇌병

변]

제2조의4 [“어린이개흉심장수술”의 정의]

이 특약에 있어서 “어린이개흉심장수술”이라 함은 심장병의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 반드시 개흉술을 한 후 심장의 병변에 대해 수술하는 것을 말합니다. 그러나 개흉술을 동반하지 않는 수술, 중재적 심장시술[예) 풍선판막 성형술(Balloon Valvuloplasty) 등]은 모두 보장에서 제외합니다.

제2조의5 [“어린이심장시술”의 정의]

이 특약에 있어서 “어린이심장시술”이라 함은 심장병의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 다음 각호에서 정한 심장시술을 한 경우를 말합니다.

1. 동맥관 개존 폐쇄술(PDA Closure)
2. 심방중격 결손 폐쇄술(ASD Closure)
3. 풍선 판막 성형술(Balloon Valvuloplasty)
4. 풍선혈관 성형술(Balloon Angioplasty)
5. 풍선 심방중격 조성술(Balloon Atrial Septostomy)
6. 전극도자절제술(Catheter Ablation)
7. 심박기 삽입술(Pacemaker Insertion)
8. 코일 색전술(Coil Embolization)
9. 경피적 관상동맥 성형술(PTCA, PTCA with stent, PTA & PTA with stent, Stent-graft insertion)
단, 심막천자술(Pericardiocentesis)등 상기 이외의 심장시술은 모두 보장에서 제외합니다.

제2조의6 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “암” 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4 [악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “제2조의7(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암”, “제2조의8(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

설명	〈유의사항〉
	한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

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 제2조의7(“비침습방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 질병을 말합니다.

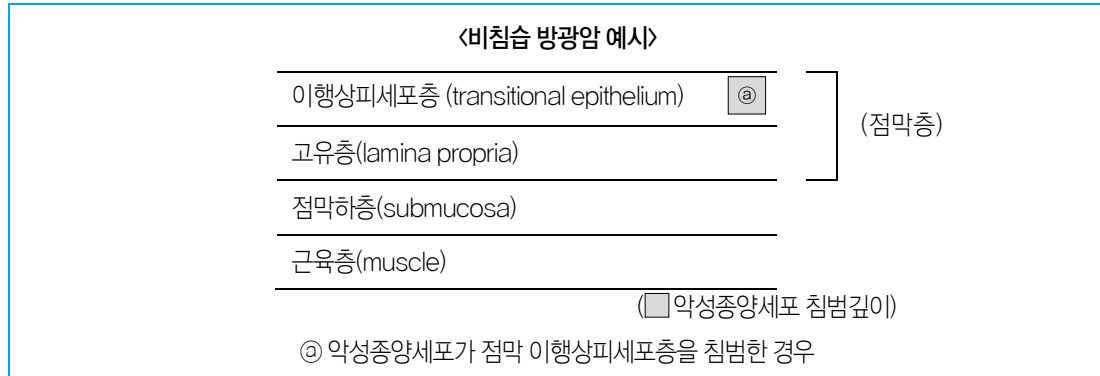
⑤ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”은 제2조의8(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑥ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단 확정에는 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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 피부형자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의7 [“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 암

병기설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제7판'에서 정한 병기상 TaNOM0인 방광암을 말합니다.

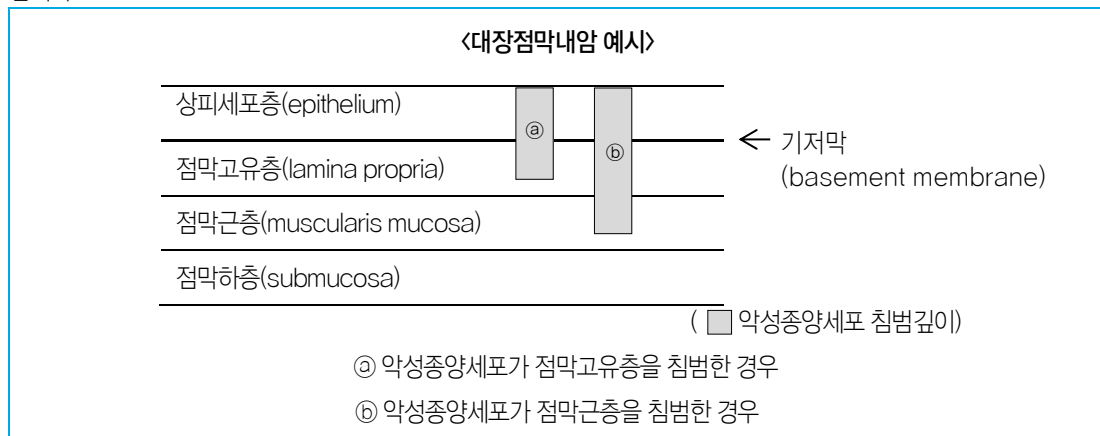


② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리와 전문의 자격을 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.

제2조의8 [“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 병리와 전문의 자격을 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.

제2조의9 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1“보험금 지급 기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 6세 이하에“뇌성마비”로 진단 확정 되었을 때 : 뇌성마비진단보험금(다만, 최초 1회에 한하여 지급)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중“어린이개흉심장수술”및“어린이심장수술”을 받았을 때 : 어린이심장수술보험금(다만,“어린이개흉심장수술”및“어린이심장수술”각각 1회에 한하여 지급)

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 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 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우 또는 암보장개시일 이후 암(“갑상선암”,“기타피부암”,“비침습 방광암” 및“대장점막내암” 제외)으로 진단 확정되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료의 납입을 면제합니다.
- ③ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표(별표3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간 이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑤ 이 특약에서「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑧ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑪ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑬ 제12항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑭ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제12항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑮ 보험수익자와 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.

⑯ 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.
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[진단서(병명기입), 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 수술증명서, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 별표 5(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 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]

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.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 이 특약을 체결할 때 임신 23주 이내에 있는 임신부에 의하여 태어날 자녀로 하며, 주계약의 피보험자와 같습니다.

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, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다) 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 2. 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
 3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이때 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”(이하, “산출방법서”라고 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한

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 사망 연월일을 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.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 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 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 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 제1항에도 불구하고 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 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. 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)
- 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]

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

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 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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표

(1) 뇌성마비진단보험금(약관 제3조 제1호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 6세 이하에 뇌성마비로 진단 확정 되었을 때 (다만, 1회의 뇌성마비 진단 확정에 한하여 지급)
지급금액	특약보험가입금액의 200%

(2) 어린이심장수술보험금(약관 제3조 제2호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 어린이개흉심장수술 및 어린이심장시술을 받았을 때 (다만, 어린이개흉심장수술 및 어린이심장시술 각각 1회에 한하여 지급)	
지급금액	(기준 : 특약보험가입금액)	
	어린이개흉심장수술	100%
	어린이심장시술	20%

별표2 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표3 장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표4 악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표5

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

구분	적립기간	적립이율
뇌성마비진단보험금, 어린이심장수술보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(40%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(60%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(80%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 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.

삼성생명 우리아이통합보장보험(무배당) 빠짐없이 꼼꼼하게 주산기입원특약 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. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“주산기질환”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “주산기질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1(출생전후기에 기원한 특정병태 대상분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “주산기질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에 서 정한 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조의4 [“입원”의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료

기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조의5 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “암” 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4 [악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “제2조의6(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암”, “제2조의7(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

설명	〈유의사항〉
	한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

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.

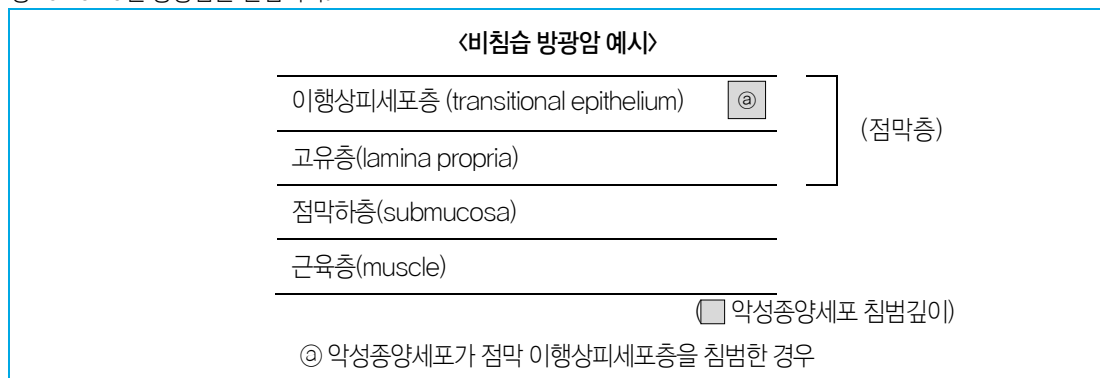
④ 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”은 제2조의6(“비침습방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”은 제2조의7(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑥ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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.

제2조의6 [“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 암 병기설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제7판’에서 정한 병기상 TaNOMO인 방광암을 말합니다.



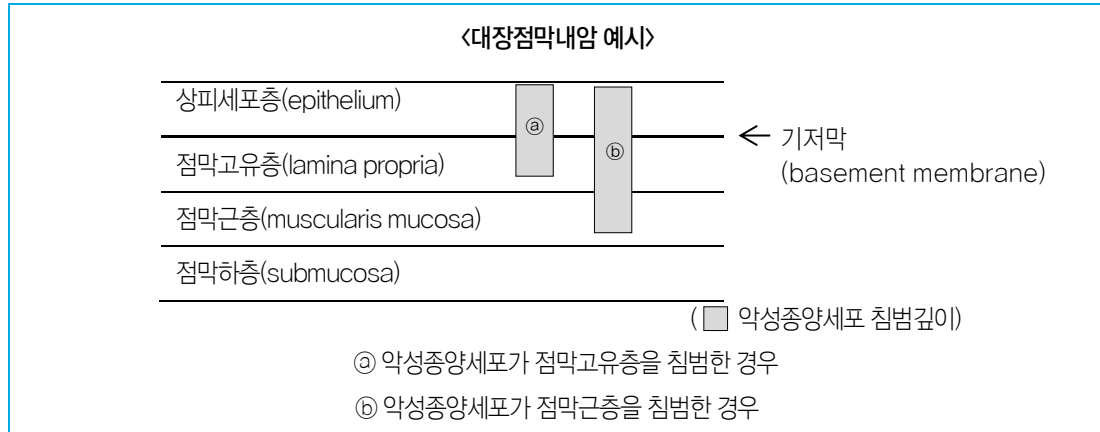
② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격을 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 문서

화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의7 [“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 병리와 전문의 자격을 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.

제2조의8 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

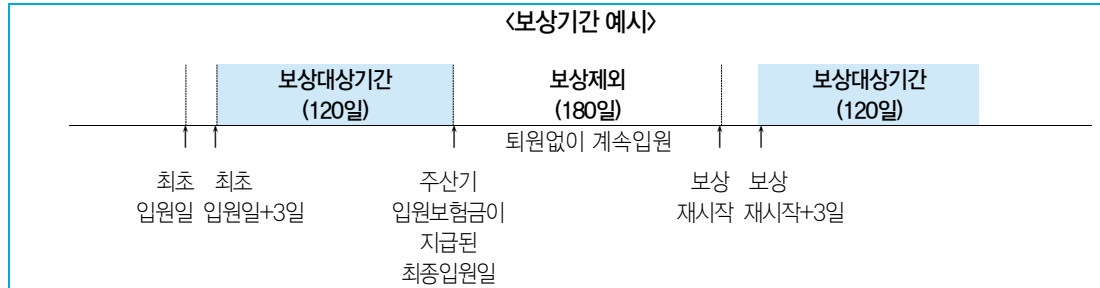
회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 제2조의3(“주산기질환”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “주산기질환”으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 입원하였을 때에는 최초 3일을 제외한 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.2%를 보험수익자에게 주산기입원보험금으로 지급합니다.

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 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 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우 또는 암보장개시일 이후 암(“갑상선암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 및 “대장점막내암” 제외)으로 진단 확정되었을 경우 이 특약의 차회 이후 보험료의 납입을 면제합니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병으로 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ④ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 주산기입원보험금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 주산기입원보험금 지급사유에 해당하는 입원기간 중 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제3항에 따라 계속 주산기입원보험금을 지급합니다.

⑥ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병으로 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하고 제4항을 적용합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 질병에 의한 입원이라도 주산기입원보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 주산기입원보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 주산기입원보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 주산기입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 주산기입원보험금을 지급합니다.

⑩ 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(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑪ 제10항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 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.

⑫ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑬ 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑭ 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 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑮ 제2항의 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.

⑯ 제15항에도 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.

⑰ 장해분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑱ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑲ 제18항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑳ 제19항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

㉑ 제19조[보험료의 납입면제로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제19항의 청약일로 하여 적용합니다.

㉒ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따라 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

㉓ 계약자와 회사가 제2항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따라 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, 진료기록부, 장애인단서, 사망진단서, 진단서(병명기입), 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등)]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 별표 5(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 보험

금 지급사유 조사의 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.

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 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이익을 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 금액을 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]

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.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 이 특약을 체결할 때 임신 중인 임신부에 의하여 태어날 자녀로 하며, 주계약의 피보험자와 같습니다.

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 금액이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 금액이 없거나 최초 가입할 때 안내한 금액보다 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, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다) 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이때 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”(이하, “산출방법서”라고 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 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 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.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 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 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 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 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 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. 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)

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]

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

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

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 금액을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 금액을 계약자에게 지급합니다.

제22조 [해지환급금]

① 이 특약은 해지환급금이 없습니다. 단, 특약이 해지된 시점에 산출방법서에 따른 미경과보험료적립금 등이 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따른 금액의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 지급합니다. 제1항에 따른 금액 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

제7관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

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

② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1

출생전후기에 기원한 특정병태 대상 분류표

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

구 분	분 류 번 호
· 산모요인과 임신, 진통 및 분만의 합병증에 의해 영향을 받은 태아 및 신생아	P00~P04
· 임신 기간 및 태아성장과 관련된 장애	P05~P08
· 출산 외상	P10~P15
· 출생전후기에 특이한 호흡기 및 심혈관 장애	P20~P29
· 출생전후기에 특이한 감염	P35~P39
· 태아 및 신생아의 출혈성 및 혈액학적 장애	P50~P61
· 태아 및 신생아에 특이한 일과성 내분비 및 대사 장애	P70~P74
· 태아 및 신생아의 소화계통장애	P75~P78
· 태아 및 신생아의 외피 및 체온조절에 관련된 병태	P80~P83
· 출생전후기에 기원한 기타 장애	P90~P96

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

별표2 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표3 장애분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표4 악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표5

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

구분	적립기간	적립이율
주산기입원보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(40%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(60%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(80%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 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.

삼성생명 우리아이통합보장보험(무배당) 빠짐없이 꼼꼼하게 유자녀생활자금특약 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 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 사망하였을 경우에는 보험금 지급사유 발생일부터 이 특약의 보험기간 동안 매년 보험금 지급사유 발생해당일에 보험수익자에게 특약보험가입금액의 10%를 유자녀생활자금으로 지급합니다.

설명	<유자녀생활자금의 예시> 특약보험가입금액 1,000 만원일 경우 연지급액(1 회)은 100 만원입니다. ※ 해당년도에 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 보험금 지급사유 발생해당일로 봅니다.

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 장애분류표(별표2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표(별표2 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간 이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑥ 이 특약에서 '동일한 재해'의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑦ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표2 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑧ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 "한시장애"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑨ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표2 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑪ 장애분류표(별표2 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표2 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑫ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑬ 제12항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료 납입을 면제합니다.
- ⑭ 제13항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑮ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제13항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑯ 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 소

속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑰ 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.

⑱ 보험수익자가 제3조(보험금의 지급사유)의 유자녀생활자금을 일시금으로 선지급 받기를 원하는 경우 회사는 “평균 공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액”과 “이 특약의 적용이율(보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 말하며, 이하 「적용이율」이라 합니다)을 연단위 복리로 할인한 금액”중 큰 금액을 일시에 지급합니다.

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, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

가. 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 유자녀생활자금을 지급합니다.

나. 특약의 보장개시일[부활(효력회복)특약의 경우는 부활(효력회복)청약일]부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 유자녀생활자금을 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 해당 서류를 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 아니면 본인의 인감증명서 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 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 제2회 이후 유자녀생활자금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려 드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표3(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기

2. 분쟁조정신청

3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유 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 가급적보험금으로 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]

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 유자녀생활자금의 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.
- ③ 제2항에도 불구하고 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 유자녀생활자금을 일시에 지급하는 경우에 한해 “평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액”과 “적용이율을 연단위 복리로 할인한 금액”중 큰 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(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]

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.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 부모(주계약 피보험자와 실질적인 부양관계에 있는 자 포함) 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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 서면에 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.
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, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다) 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 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 알려드립니다.

⑤ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 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 제1항에도 불구하고 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 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. 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)

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.

③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

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 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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 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
제1회 유자녀생활자금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(40%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(60%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(80%)
제2회 이후 유자녀생활자금 (제3조)	제2회 이후 해당 유자녀생활자금 지급예정일의 다음 날 부터 청구일까지의 기간	1년 이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 1. 제2회 이후 유자녀생활자금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 제2회 이후 해당 유자녀생활자금 지급예정일의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
4. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 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 장애분류표(별표2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 피보험자에게 보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 사망한 것으로 보며, 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 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표(별표2 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간 이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

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

⑦ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표2 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑧ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑨ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표2 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 장애분류표(별표2 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표2 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

⑫ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료 납입을 면제합니다.

⑭ 제13항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특

약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑮ 제19조[보험료의 납입면제로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제13항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑯ 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.

⑰ 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, 장애인단서, 관할 경찰서 사고사실확인서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 아래의 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) 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 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(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 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]

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

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형, 부모형 중 선택하여 청약(講約)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.

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 자격상실일로부터 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 서면에 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.
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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

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 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 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 인한 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 제1항에도 불구하고 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 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. 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)

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.

③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

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 따

른 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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 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

- (주) 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.

주산기통원특약K(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. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“주산기질환”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “주산기질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1(출생전후기에 기원한 특정병태 대상분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “주산기질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에 서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조의4 [“통원”의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사가 피보험자의 질병 또는 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조의5 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “주산기질환”을 직접 치료하기 위한 목적으로 통원하였을 경우에는 보험수익자에게 통원 1회당 특약보험가입금액의 0.1%를 “주산기통원보험금”으로 지급합니다.

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 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 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표(별표3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 따라 장애지급률이 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 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑤ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑧ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑪ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑬ 제12항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑭ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제12항의 청약일로 하여 적용합니다.

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.

⑯ 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.
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(통원증명서, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표 4(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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라고 합니다)”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 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 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.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제6관 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 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1 출생전후기에 기원한 특정병태 대상 분류표

삼성생명 우리아이통합보장보험(무배당) 빠짐없이 꼼꼼하게 주산기입원특약 약관의 (별표1)과 동일

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)

구 분	기 간	적립이율
주산기통원보험금 (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

- (주) 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.

주산기수술특약K(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. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입 금액 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“주산기질환”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “주산기질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1(출생전후기에 기원한 특정병태 대상분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “주산기질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에 서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조의4 [“수술”의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 질병 또는 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의

병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 수술하는 것을 말합니다. 이 때 수술이란, 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것 [보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 (향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술 및 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등]은 제외됩니다.

〈신의료기술평가위원회〉

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

제2조의5 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “주산기질환”을 직접 치료하기 위한 목적으로 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 주산기수술 1회당 특약보험가입금액의 3%를 “주산기수술보험금”으로 지급합니다.

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 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 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표(별표3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 따라 장애지급률이 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 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑤ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑧ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

⑪ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑫ 제11항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑬ 제12항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑭ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제12항의 청약일로 하여 적용합니다.

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.

⑯ 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.

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, 장해진단서, 해당 질병 진단서, 수술증명서, 진료기록부 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 별표 4(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) 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다)로 합니다.

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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이때 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라고 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 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.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제6관 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 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

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

② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1 출생전후기에 기원한 특정병태 대상 분류표

삼성생명 우리아이통합보장보험(무배당) 빠짐없이 꼼꼼하게 주산기입원특약 약관의 (별표1)과 동일

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)

구 분	기 간	적립이율
주산기수술보험금 (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

- (주) 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.

신생아뇌출혈진단특약K(무배당) 약관

제1 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. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 체결 시점의 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“신생아 뇌출혈”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “신생아 뇌출혈”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1(신생아 뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “신생아 뇌출혈”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “신생아 뇌출혈”로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “신생아 뇌출혈”로 진단 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 특약보험가입금액의 10%를 진단보험금으로 지급합니다.

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “신생아 뇌출혈”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 회사가 보장을 합니다.
- ④ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표(별표3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간 이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑥ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑦ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑧ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑨ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑪ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑫ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑬ 제12항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑭ 제13항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑮ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우

부활(효력회복)을 청약한 날을 제13항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑩ 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.

⑪ 계약자와 회사가 제2항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 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, 장애진단서, 사망진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표 4(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) 제16항 및 제17항에 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다)로 합니다.

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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라고 합니다)”에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

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

② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표 1

신생아 뇌출혈 분류표

신생아 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
· 출산손상으로 인한 두개내 열상 및 출혈	P10
· 태아 및 신생아의 두개내 비외상성 출혈	P52

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

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)

구 분	기 간	적립이율
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

- (주) 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.

중대질병보장특약K(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. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“양성뇌종양”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “양성뇌종양”이라 함은 뇌와 척수(뇌막과 척수 수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 한국표준질병·사인분류 중 별표4[양성뇌종양(경계성종양 제외) 대상 질병 분류표]에서 정한 질병을 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥 기형은 보장에서 제외합니다.

② “양성뇌종양”의 진단 확정은 병리와 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조의4 [“재생불량성빈혈(Aplastic Anemia)”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “재생불량성빈혈”이라 함은 비가역적인 재생불량성빈혈로서 골수 세포총실도 감소와 말초혈액의

범혈구 감소증이 나타나서 근본적인 치료를 직접 목적으로 하여 수혈, 골수조혈촉진인자, 면역억제제 치료를 계속 받고 있고, 해당 분야 전문의에 의하여 현재 조혈모세포이식수술을 필요로 한다고 인정된 질병 상태를 말합니다. 따라서 일시적이거나 가역적인 재생불량성빈혈은 보장에서 제외됩니다.

② “재생불량성빈혈”의 진단 확정은 혈액학 분야의 전문 의사가 작성한 문서화된 진료기록 및 골수조직검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제2조의5 [“말기신부전증”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “말기신부전증”이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적인 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal disease)으로서 보존요법으로는 치료가 불가능하여 혈액투석이나 복막투석을 지속적으로 받고 있거나 받은 경우를 말하며 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증에서 제외합니다.

② “말기신부전증”의 진단 확정은 해당분야의 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제2조의6 [“중(重)화상”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “중(重)화상”이라 함은 전신피부의 10%이상이 3도 화상을 입은 경우를 말합니다. 화상을 입은 체 표면적은 “The Rule of 9”, 또는 “Lund & Browder Body Surface Chart”에 의해 측정되어진 것을 말합니다. 다만, 이 측정법처럼 표준화된 방법이고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

② “중(重)화상”의 진단 확정은 해당분야의 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제2조의7 [“조혈모세포이식수술”의 정의]

이 특약에 있어서 “조혈모세포이식수술”이라 함은 골수부전상태 또는 악성종양을 근본적으로 치료할 목적으로 정상 조혈모세포를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 조혈모세포이식의료기관에서 항암화학요법, 면역억제제, 방사선 치료 또는 이와 동등한 효과를 가진 치료를 시행하여 피보험자의 병든 골수 및 면역기능을 제거한 후 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식을 시술하는 것을 말합니다. 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

1. “동종(allogenic)골수조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 주입하는 행위를 말합니다.
2. “동종(allogenic)말초조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 주입하는 행위를 말합니다.
3. “자가(autologous)골수조혈모세포이식”이라 함은 피보험자의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 주입하는 행위를 말합니다.
4. “자가(autologous)말초조혈모세포이식”이라 함은 피보험자의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 주입하는 행위를 말합니다.
5. “제대혈조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 주입하는 행위를 말합니다.

제2조의8 [“5대장기이식수술”의 정의]

이 특약에 있어서 “5대장기이식수술”이라 함은 5대장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관 또는 이와 동등하다고 회사에서 인정한 의료기관에서 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부장기를 적출하여 장기부전상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스 소도 세포 이식수술은 보장에서 제외합니다.

제2조의9 [“모야모야병”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “모야모야병”이라 함은 속목동맥의 말단부 혹은 중간대뇌동맥의 기시부가 서서히 폐색되는 질환으로서 한국표준질병·사인분류 중 별표5(모야모야병 대상 질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② “모야모야병”의 진단 확정은 임상 증상(병력, 신경학적검사 등)과 함께 영상학적 진단(CT, MRI/MRA, Cerebral

angiography 등)을 기초로 하여야 합니다.

제2조의10 [“모야모야병개두수술”의 정의]

이 특약에 있어서 “모야모야병개두수술”이라 함은 의사의 자격을 가진 자가 피보험자의 “모야모야병”을 직접 치료하기 위한 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용해서 개두(開頭)를 동반한, 직접 혈관문합술(Direct revascularization), 간접 혈관문합술(Indirect revascularization), 병합 혈관문합술(Combined revascularization), 혈종제거술(Hematoma evacuation) 등의 수술을 한 것을 말합니다.

제2조의11 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 “중대질병진단수술보험금”(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “말기신부전증” 또는 “재생불량성빈혈”로 진단 확정 받거나 “조혈모세포이식수술(다만, 조혈모세포공여자에 대한 수술은 제외)” 또는 “5대장기이식수술(다만, 5대장기공여자에 대한 수술은 제외)”을 받았을 때(다만, “말기신부전증”, “재생불량성빈혈”, “조혈모세포이식수술” 또는 “5대장기이식수술” 중 최초 1회에 한합니다)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “양성뇌종양” 또는 “중(重)화상”으로 진단 확정 되었을 때(다만, 각각 1회의 진단 확정에 한합니다)
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “모야모야병”으로 진단이 확정되고 그 “모야모야병”을 직접 치료하기 위한 목적으로 “모야모야병개두수술”을 받았을 때(다만, 1회의 수술에 한합니다)

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 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “말기신부전증”, “재생불량성빈혈”, “양성뇌종양” 또는 “중(重)화상”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(보험금의 지급사유) 제1호 또는 제2호에 해당하는 경우에 한하여 회사가 보장을 합니다.
- ④ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일로부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑥ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑧ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장

해지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 이 특약에서「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑪ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

⑫ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑭ 제13항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑮ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제13항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑯ 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.

⑰ 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.

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, 장애진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 수술증명서, 검사결과지, 진료기록부 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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) 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이때 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 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 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.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제6관 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.
- ④ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제7관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표

□ 중대질병진단수술보험금(약관 제3조)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “말기신부전증” 또는 “재생불량성빈혈”로 진단 확정 받거나 “조혈모세포이식수술(다만, 조혈모세포공여자에 대한 수술은 제외)” 또는 “5대장기이식수술(다만, 5대장기공여자에 대한 수술은 제외)”을 받았을 때 [다만, “말기신부전증”, “재생불량성빈혈”, “조혈모세포이식수술” 또는 “5대장기이식수술” 중 최초 1회에 한함]
지급금액	이 특약의 보험가입금액의 300%

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “양성뇌종양” 또는 “중(重)화상”으로 진단 확정 되었을 때 [다만, 각각 1회의 진단 확정에 한함]
지급금액	이 특약의 보험가입금액의 100%

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “모야모야병”으로 진단이 확정되고 그 모야모야병을 직접 치료하기 위한 목적으로 “모야모야병개두수술”을 받았을 때 [다만, 1회의 수술에 한함]
지급금액	이 특약의 보험가입금액의 100%

별표2 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표3 장애분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표4

양성뇌종양(경계성종양 제외) 대상 질병 분류표

대상이 되는 “양성뇌종양(경계성종양 제외)”로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 수막의 양성신생물	D32
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
3. 뇌하수체의 양성신생물	D35.2
4. 두개인두관의 양성신생물	D35.3
5. 송과선의 양성신생물	D35.4

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

별표5

모야모야병 대상 질병 분류표

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

대 상 질 병	분류번호
모야모야병	I67.5

(주) 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

별표6

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

구 분	기 간	적 립 이 율
중대질병진단 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 기 간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 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.

재해장해연금특약 N(무배당) 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제 3 조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제 2 조 [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: (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 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 1 년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1 년의 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.

제 2 조의 2 [특약의 보험기간]

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 2 조의 3 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 발생한 동일한 재해로 인하여 장해분류표(별표 3 참조)중 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 재해장해연금(별표 1 “보험

금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제 4 조 [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 장애분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해를 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상 80%미만인 장애상태가 되었을 경우 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 제 3 조(보험금의 지급사유) 및 제 2 항에서 장애지급률이 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 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표 3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제 3 항에 따라 장애지급률이 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 장애상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑤ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제 3 조(보험금의 지급사유) 및 제 2 항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표 3 참조)상 2 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제 3 조(보험금의 지급사유) 및 제 2 항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑧ 제 3 조(보험금의 지급사유) 및 제 2 항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표 3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제 8 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표 3 참조) 상의 2 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표 3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 제 3 조(보험금의 지급사유) 및 제 2 항에서 다른 재해로 인하여 장애가 2 회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 장애가 이미 재해장해연금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 재해장해연금에서 이미 지급받은 재해장해연금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표(별표 3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑪ 제 3 조(보험금의 지급사유) 및 제 2 항에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장애가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제 10 항에 규정하는 장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장애에 대한 재해장해연금이 지급된 것으로 보고 최종 장애상태에 해당하는 재해장해연금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 재해장해연금을 차감하여 지급합니다.
 1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장애로 재해장해연금의 지급사유가 되지 않았던 장애
 2. 제 1 호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 재해장해연금의 지급사유가 되지 않았던 장애 또는 재해장해연금이 지급되지 않았던 장애

설명	〈제4조 제11항 제1호 예시〉 보험가입 전 한 팔에 장애지급률 5%에 해당하는 장애가 있었던 피보험자가 보험가입 후 재해로 팔의 장애가 장애지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 재해로 인한 장애지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장애지급률 5%를 뺀 75%에 해당하는 보험금을 지급합니다. 〈제4조 제11항 제2호 예시〉

	보험기간 중 발생한 질병을 원인으로 오른쪽 눈에 장애지급률 5%에 해당하는 장애가 있었던 피보험자가 이후에 재해를 원인으로 눈의 장애가 장애지급률 80%에 해당하는 장애가 된 경우 이 특약은 질병으로 인한 장애는 보장하지 않으므로 장애지급률 80%에서 질병으로 인한 장애지급률 5%를 뺀 75%에 해당하는 보험금을 지급합니다.

- ⑫ 동일한 재해로 인한 장애지급률은 100%를 한도로 합니다.
- ⑬ 재해장애연금을 보험수익자가 일시에 지급 받기를 원하는 경우 회사는 “평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액”과 “이 특약의 적용이율(보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 말하며, 이하 「적용이율」이라 합니다)을 연단위 복리로 할인한 금액”중 큰 금액을 일시에 지급합니다.
- ⑭ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 2 항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑮ 제 14 항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료 납입을 면제합니다.
- ⑯ 제 15 항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제 18 조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑰ 제 19 조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 발생한 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제 15 항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑱ 장애분류표(별표 3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표 3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑲ 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.
- ⑳ 계약자와 회사가 제 2 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, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제 3 조(보험금의 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.
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 [보험금의 청구]

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장애진단서, 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 7 조 [보험금의 지급절차]

① 회사는 제 6 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)에 해당하는 제 2 회 이후 재해장해연금의 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 6 조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제 6 항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제 19 항 및 제 20 항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제 3 자의 의견에 따르기로 한 경우

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

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제 11 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 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑦ 회사는 제 6 항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제 8 조 [보험금 받는 방법의 변경]

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제 3 조(보험금의 지급사유)에 따른 재해장해연금의 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.

③ 제 2 항에도 불구하고 회사는 제 3 조(보험금의 지급사유)에서 정한 재해장해연금을 일시에 지급하는 경우에 한해 “평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액”과 “적용이율을 연단위 복리로 할인한 금액”중 큰 금액을 지급합니다.

제 9 조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 10 조 [계약 전 알릴 의무]

재해사망특약 N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 11 조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약 N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 12 조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약 N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제 13 조 [특약의 체결]

- ① 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약(講約)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, 제 1 회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 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 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제 13 조의 2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2 인(3 인,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 제 22 조(해지환급금) 제 1 항에 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 제 2 항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3 개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 14 조 [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 있

있음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제 15 조 [특약내용의 변경 등]

재해사망특약 N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 16 조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이 경우 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 이 특약의 피보험자가 동일한 재해로 인하여 장애분류표(별표 3 참조) 중 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되었을 경우
- ② 제 1 항 제 2 호의 “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 제 1 항 제 2 호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제 6 조(보험금의 청구) 제 1 항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제 7 조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제 7 조(보험금의 지급절차) 제 2 항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 17 조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

재해사망특약 N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 18 조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

재해사망특약 N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 19 조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)]

재해사망특약 N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 20 조 [계약자의 임의해지]

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 22 조(해지환급금) 제 1 항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

③ 제 2 항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제 2 항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

④ 제 1 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 21 조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약 N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 22 조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 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 7 관 기타사항

제 23 조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

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

② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표 1

보험금 지급기준표

□ 재해장해연금(약관 제 3 조)

지급 사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 동일한 재해로 인하여 장해분류표(별표 3 참조) 중 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우	
지급 금액	(기준 : 특약보험가입금액)	
	장해지급률	지급금액
	80% 이상	보험금 지급사유발생일부터 10년 동안(10회) 매년 보험금 지급사유 발생해당일에 특약보험가입금액의 50%를 확정지급 ※ 재해장해연금의 예시 특약보험가입금액 1,000만원일 경우 연지급액(1회)은 500만원
	50% 이상 80% 미만	보험금 지급사유발생일부터 10년 동안(10회) 매년 보험금 지급사유 발생해당일에 특약보험가입금액의 25%를 확정지급 ※ 재해장해연금의 예시 특약보험가입금액 1,000만원일 경우 연지급액(1회)은 250만원

(※) 1. 해당년도에 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 보험금 지급사유 발생해당일로

합니다.

2. 재해장해연금을 보험수익자가 일시에 지급 받기를 원하는 경우 회사는 “평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액”과 “적용이율을 연단위 복리로 할인한 금액”중 큰 금액을 일시에 지급합니다.

별표2 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표3 장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표 4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제 7 조 제 2 항 및 제 22 조 제 2 항 관련)

구분	적립기간		적립이율
제 1 회 재해장해연금 (제 3 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간		보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간		보험계약대출이율+가산이율(40%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간		보험계약대출이율+가산이율(60%)
	지급기일의 91 일 이후 기간		보험계약대출이율+가산이율(80%)
제 2 회 이후 재해장해연금 (제 3 조)	제 2 회 이후 해당 재해장해연금 지급 해당일의 다음 날부터 청구일까지 의 기간	보험기간 만기일(단, 효력이 없게 된 경우에는 효력이 없게 된 날) 이내	평균공시이율
		보험기간 만기일(단, 효력이 없게 된 경우에는 효력이 없게 된 날) 의 다음날 이후	1년 이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해지환급금 (제 22 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간		1년 이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

- (주) 1. 제 2 회 이후 재해장해연금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7 일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 제 2 회 이후 해당 재해장해연금 지급해당일의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 생하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 4. 가산이율 적용시 제 7 조(보험금의 지급절차) 제 3 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

교통재해장해특약N(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: (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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 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 교통재해분류표(별표1 참조)에서 정하는 교통재해(이하 “교통재해”라 합니다)로 인하여 장해분류표(별표3 참조) 중 장해지급률이 3%이상 100%이하에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 보험수익자에게 「이 특약의 보험가입금액의 100% × 해당 장해지급률」을 “교통재해장해보험금”으로 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 제3항에 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.
- ⑤ 제2항 및 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑥ 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.
- 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 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제3조(보험금의 지급사유)에서 다른 교통재해로 장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 교통재해장해보험금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 교통재해장해보험금에서 이미 지급받은 교통재해장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 제3조(보험금의 지급사유)에서 그 교통재해 전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하는 장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해에 대한 교통재해장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 장해상태에 해당하는 교통재해장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 교통재해장해보험금을 차감하여 지급합니다.
 1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 교통재해장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
 2. 제1호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 교통재해장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 교통재해장해보험금이 지급되지 않았던 장해

설명	〈제4조 제10항 제1호 예시〉 보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 교통재해로 팔의 장해가 장해지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 교통재해로 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 교통재해를 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 교통재해로 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 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑮ 제14항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료 납입을 면제합니다.
- ⑯ 제15항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑰ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제15항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑱ 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.
- ⑲ 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.
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, 장해진단서, 관할 경찰서 사고사실확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 별표

4(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. 제6항에 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 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 지급합니다.
- 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 교통재해장해보험금의 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]

재해사망특약 N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약 N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약 N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 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.

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.

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]

재해사망특약 N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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 포함

하며, 이하 같습니다)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이때 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)”에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 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 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]

재해사망특약 N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약 N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

재해사망특약 N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 ‘태아가 출생하기 전’임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약 N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1

교통재해분류표

1. 이 특약에서 교통재해라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.

- 가.운행중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함합니다)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 인하여 그 운행 중의 교통기관에 탑승하고 있지 않은 피보험자가 입은 재해
- 나.운행중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안 쪽을 말합니다)에 있는 동안 피보험자가 입은 재해
- 다.도로 통행중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물,공작물 등으로 부터의 낙하물로 인하여 피보험자가 입은 재해

2. 제1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다.

- 가.기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카, 엘리베이터 및 에스컬레이터 등
- 나.승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠터, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
- 다.항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다) 등

3. 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 재해일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안 이나 도로상을 주행중에 발생한 사고는 교통재해로 봅니다.

4. 제1호 “가” 또는 “나” 에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 피보험자의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통재해로 보지 않습니다.

5. 이 표에서 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에게 개방되어 있는 모든 도로(자동차 전용도로 및 통로를 포함합니다)로서 터널, 교량, 도선시설등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다

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
교통재해장해보험금 (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

- (주) 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.

암진단특약K(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: (별표5) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애: (별표6) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 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, “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “제2조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암”, “제2조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세포암 부위의 악성신생물(암)]의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

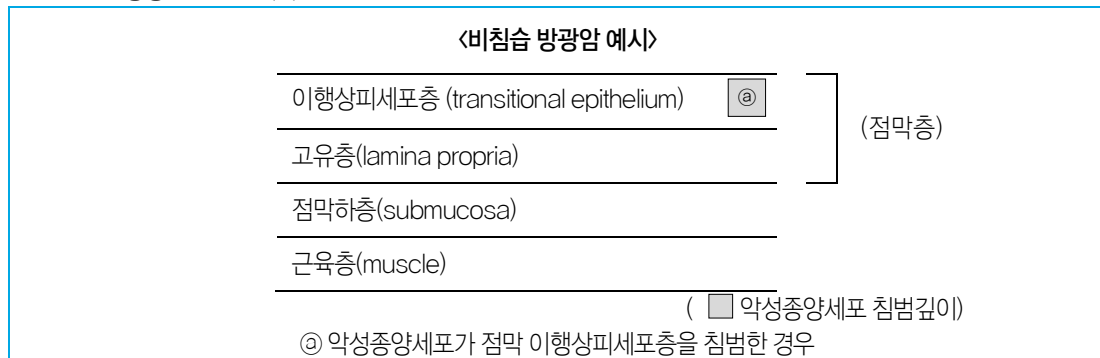
- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”은 제2조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”은 제2조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단 확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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 병리와 전문의 자격을 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]

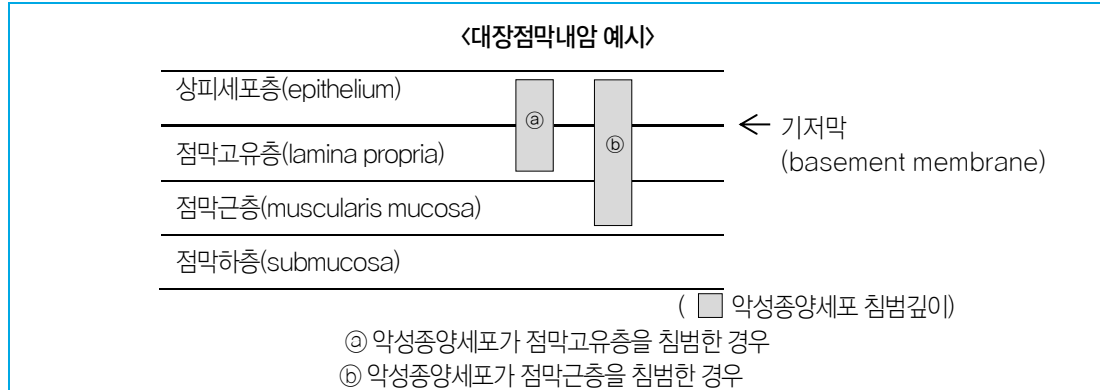
- ① 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”이라 함은 방광의 이행상피세포층(transitional epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 점막 고유층(lamina propria)까지는 침범하지 않은 비침습 유두암(papillary carcinoma) 상태로 ‘AJCC 암병기설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제7판’에서 정한 병기상 TaN0M0인 방광암을 말합니다.



- ② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.
- ③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리와 전문의 자격을 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.



② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리와 전문의 자격을 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]

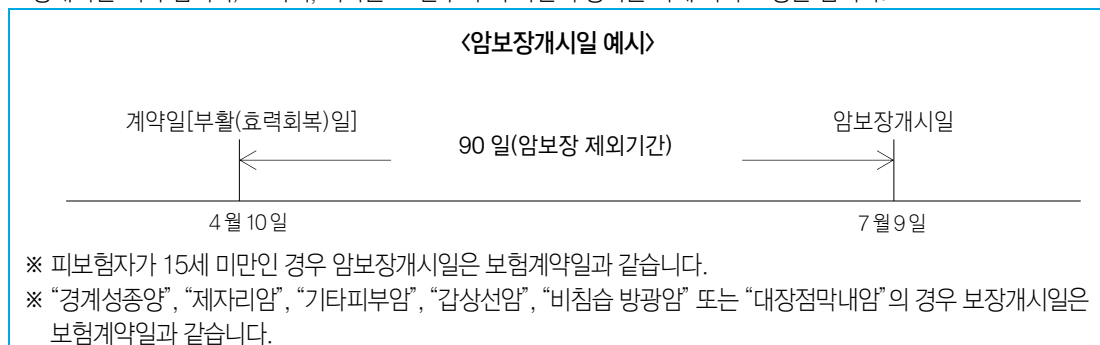
① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② “경계성종양”의 진단 확정은 병리와 전문의 자격을 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 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

② 제1항에도 불구하고 제2조의3(“암” 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 계약일 부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(단, 계약일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 계약일, 이하 “암 보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.



제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급 기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정 되었을 경우 : 암진단보험금
(단, 최초 1회에 한함)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 또는 대장점막내 암으로 진단 확정되었을 경우 : 소액암진단보험금
(단, 6가지 분류질병 “제자리암”, “경계성종양”, “기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 및 “대장점막내암”에 대해 각각 1회의 진단 확정에 한하여 지급)

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 장애분류표(별표6 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 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.
- ④ 피보험자에게 암보장개시일 이후 계약일로부터 1년 이내에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 계약일로부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 단, 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)인 경우에는 보험금의 100%를 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고, 그 후에 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양, 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.
- ⑥ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항 및 제3항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑧ 제7항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑩ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표6 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑪ 제10항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일로부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑫ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑬ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표6 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑭ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 함)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑮ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장

해지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표6 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제15항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표6 참조) 상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표6 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 장애분류표(별표6 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표6 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

⑰ 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.

⑱ 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.

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(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 장애진단서, 사망진단서 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 별표 7(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 책임있는 사유로 보험금 지급사유 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 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제16조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 2. 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
 3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이 때 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 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 사망 연월일을 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.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 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 제1항에도 불구하고 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 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. 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날[단, 부활(효력회복)일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 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]

- 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.
- ④ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
 ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표 1

보험금 지급기준표

(1) 암진단보험금 (약관 제3조 제1호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 1회의 암 진단 확정에 한함)
지급금액	계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 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	계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 12% 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 6%

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	계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 6% 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 3%

- (주) 1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 이 특약의 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(단, 계약일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 계약일)로 합니다. 단, 부활(효력회복)특약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날[단, 부활(효력회복)일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일]입니다.
5. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약일부터 1년 이내(계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 금액과 관련된 사항은 특약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우에는 적용하지 않습니다.

별표 2

악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표3

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

- (주) 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.

별표4

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 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

- (주) 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)**

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

- (주) 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.

뇌출혈진단특약K(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: (별표3) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애: (별표4) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 체결 시점의 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 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) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “뇌출혈”로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조의4 [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 “뇌출혈”로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 진단보험금으로 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 장애분류표(별표4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 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.
- ④ 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 계약일부터 1년 이내에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 단, 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)인 경우에는 보험금의 100%를 지급합니다.
- ⑤ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표4 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에 따라 장애지급률이 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 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑧ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표4 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑨ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑩ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표4 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 장애분류표(별표4 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표4 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑬ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑭ 제13항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑮ 제14항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와

특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑫ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제14항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑬ 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.

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.

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 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 별표 5(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 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 - 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이 때“보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라고 합니다)”에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
 - 3. 이 특약의 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금의 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표 1

보험금 지급기준표

□ 진단보험금 (약관 제3조)

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

- (주)1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약일부터 1년 이내(계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 금액과 관련된 사항은 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

(주) 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
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

- (주) 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.

급성심근경색증진단특약K(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: (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 특약 체결 시점의 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 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 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 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 피보험자가 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조의4 [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 “급성심근경색증”으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 진단보험금으로 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 장애분류표(별표4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 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.
- ④ 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 계약일부터 1년 이내에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 단, 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)인 경우에는 보험금의 100%를 지급합니다.
- ⑤ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표4 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간 이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑧ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표4 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑨ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑩ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표4 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 장애분류표(별표4 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표4 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑬ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑭ 제13항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

- ⑮ 제14항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑯ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제14항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑰ 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.
- ⑱ 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.
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 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표 5(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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 [특약내용의 변경 등]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제16조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 이 특약의 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금의 지급사유가 발생한 경우
 2. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이 때 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 “산출방법서”라고 합니다)”에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 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 사망 연월일을 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표

□ 진단보험금 (약관 제3조)

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

(주) 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약일부터 1년 이내(계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 금액과 관련된 사항은 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.

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

(주) 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 장애분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표5

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

구 분	기 간	적립이율
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	1년 이내: 평균공시이율의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 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.

신입원특약K(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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“입원”의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 질병 및 재해분류표(별표1 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

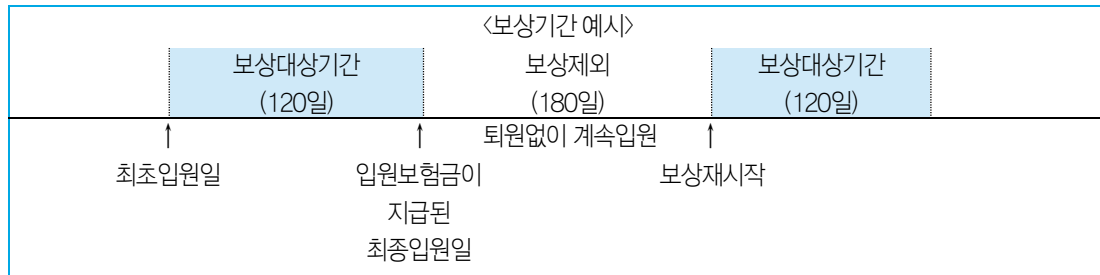
제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해분류표(별표1 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 때에는 보험수익자에게 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.1%를 “입원보험금”으로 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 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ④ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 입원보험금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제4항을 적용합니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 질병 또는 재해에 따른 입원이라도 입원보험금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원보험금이 지급된 최종 입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원보험금이 지급된 최종 입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑦ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 입원보험금의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제4항에 따라 계속 입원보험금을 지급합니다.
- ⑧ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑨ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑩ 제9항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑪ 제10항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉) 및 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑫ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑬ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑭ 제13항에 따라 장애지급률이 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 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑮ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑯ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑰ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑱ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑲ 제18항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조) 상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑳ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

㉑ 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병 또는 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 입원보험금을 지급합니다.

㉒ 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.

㉓ 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.

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, 장애인단서, 사망진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 별표 4(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.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인을 이 특약의 피보험자로 합니다.

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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이때 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 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.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제6관 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.
- ④ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

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

(※) 1. () 안은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)상의 분류번호이며, 제 8차 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.

별표2 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표3 장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

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

- (주) 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.

암직접치료비특약K(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: (별표5) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애: (별표6) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 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, “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “제2조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암”, “제2조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세포암 부위의 악성신생물(암)]의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발 부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

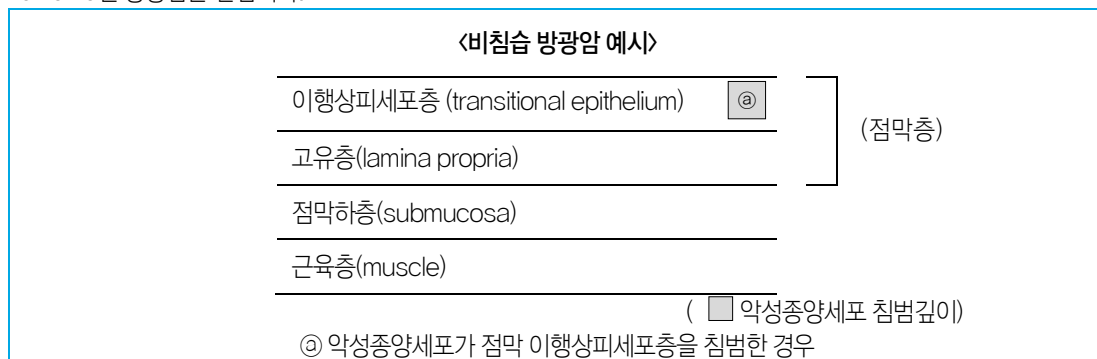
- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”은 제2조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”은 제2조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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 자격을 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]

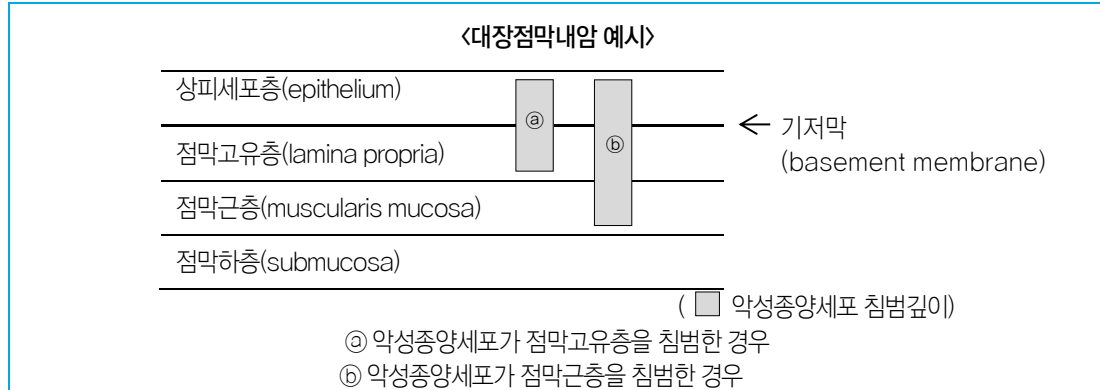
- ① 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”이라 함은 방광의 이행상피세포층(transitional epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 점막 고유층(lamina propria)까지는 침범하지 않은 비침습 유두암(papillary carcinoma) 상태로 ‘AJCC 암병기 설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제7판’에서 정한 병기상 TaNOM0인 방광암을 말합니다.



- ② 제1항의 AJCC 암병기 설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기 설정매뉴얼을 따릅니다.
- ③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격을 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.



② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격을 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 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② “경계성종양”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격을 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 [“입원” 및 “통원”의 정의와 장소]

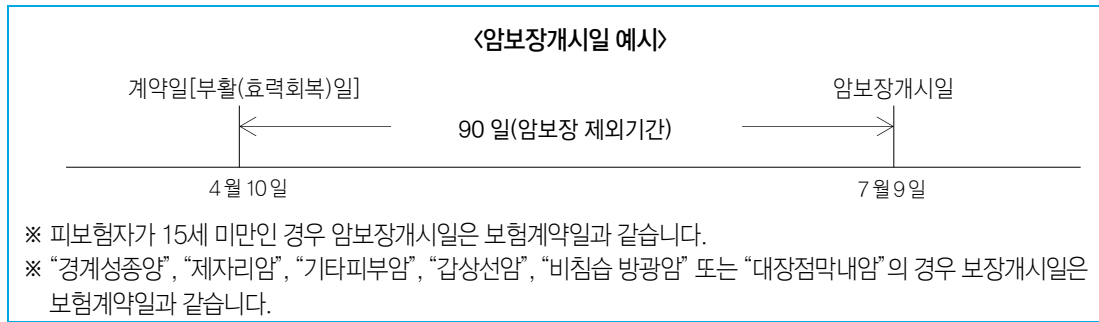
① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 피보험자의 암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사가 피보험자의 암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고, 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조의9 [특약의 보장개시일]

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

② 제1항에도 불구하고 제2조의3(“암” 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암” 보장에 대한 보장개시일은 계약일 부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(단, 계약일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 계약일, 이하 “암 보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.



제2관 보험금의 지급

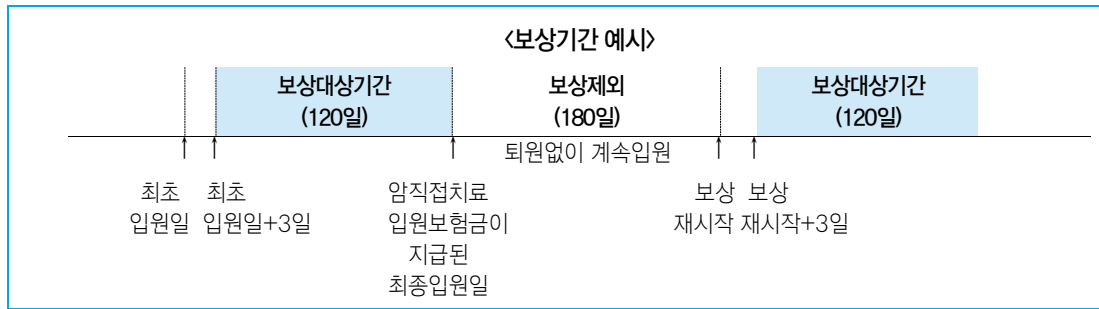
제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금 (별표1 “보험금 지급기준표”참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되고 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 경우, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경계성종양”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 경우 : 암직접치료입원보험금
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되고 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경계성종양”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 : 암직접치료통원보험금

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 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 장애분류표(별표6 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병으로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ④ 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 암직접치료입원보험금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제4항을 적용합니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 질병에 의한 입원이라도 암직접치료입원보험금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암직접치료입원보험금이 지급된 최종 입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원보험금이 지급된 최종 입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



⑦ 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 암직접치료입원보험금 지급사유에 해당하는 입원기간 중 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제4항에 따라 계속 암직접치료입원보험금을 지급합니다.

⑧ 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 제3조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 암직접치료입원보험금을 지급하며 암직접치료입원보험금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 암직접치료입원보험금을 지급합니다.

⑩ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑫ 제11항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉) 및 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑬ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제11항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑭ 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(별표6 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑮ 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.

⑯ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑰ 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표6 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑱ 제2항의 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.

⑲ 제2항의 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.

⑳ 제19항에도 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.

㉑ 장해분류표(별표6 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표6 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

㉔ 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.

㉕ 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.
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, 해당 질병 입원증명서, 진료기록부(검사기록지 포함), 해당 질병 통원증명서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 별표 7(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 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제22항 및 제23항에 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.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이 때 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)”에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 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 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.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 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 제1항에도 불구하고 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따

라 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. 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날[단, 부활(효력회복)일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 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]

- 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.
- ④ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표**(1) 암직접치료입원보험금(약관 제3조 제1호)**

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되고 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 4일이상 계속하여 입원하였을 경우
지급금액	3일초과 입원시 최초 3일을 제외한 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.5% (1회 입원당 120일 한도)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경계성종양”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”의 직접적인 치료를 목적으로 4일이상 계속하여 입원하였을 경우
지급금액	3일초과 입원시 최초 3일을 제외한 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.2% (1회 입원당 120일 한도)

(2) 암직접치료통원보험금(약관 제3조 제2호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되고 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경계성종양”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우
지급금액	1회 통원에 대하여 특약보험가입금액의 0.2%

- (주) 1. 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 지급하지 않습니다.
2. 이 특약의 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(단, 계약일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 계약일)로 합니다. 단, 부활(효력회복)특약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(단, 부활(효력회복)일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일)입니다.
3. 암직접치료입원보험금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

별표2 악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)
주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표3 제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)
암진단특약K(무배당) 약관의 (별표3)과 동일

별표4 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표
암진단특약K(무배당) 약관의 (별표4)와 동일

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)**

구 분	기 간	적립이율
암직접치료입원보험금 (제3조 제1호) 암직접치료통원보험금 (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

- (주) 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.

어린이특정입원특약K(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 보험가입 금액 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 날 말하며, 토요일, “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2조의2 [특약의 보험기간]

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“입원”의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

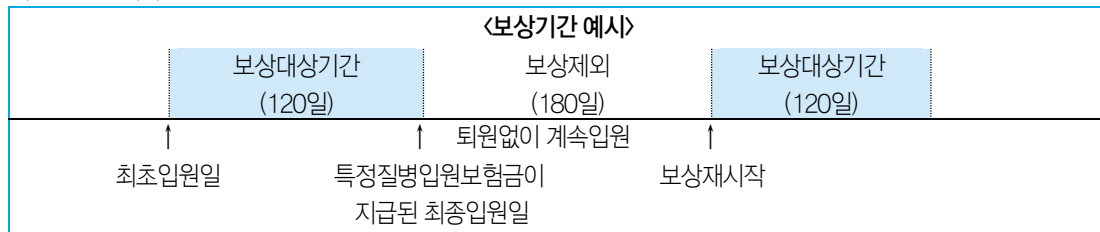
제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 별표4(특정질병 대상분류표)에서 정하는 질병(이하 “특정질병”이라 합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 특정질병입원보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 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 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 특정질병입원보험금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
- ④ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 특정질병으로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 특정질병입원보험금의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제3항에 따라 계속 특정질병입원보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 특정질병으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제3항을 적용합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 특정질병에 따른 입원이라도 특정질병입원보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 특정질병입원보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 특정질병입원보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑧ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 특정질병입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑨ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑩ 제9항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간 이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑪ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑫ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑬ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도

로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 이 특약에서「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑯ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑰ 제16항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑱ 제17항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑲ 제19조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제17항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑳ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

㉑ 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 특정질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 하나의 특정질병에 의한 특정질병입원보험금을 지급합니다.

㉒ 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.

㉓ 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.

㉔ 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.

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, 입원증명서, 장애인단서, 진단서(병명기입), 진료기록부 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포

함)

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 별표 5(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 지급사유와 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.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 자녀형 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 자녀형에 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. 자녀형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함) 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1명으로 합니다.
- ② 자녀형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함)의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라고 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 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.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제6관 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.
- ④ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
 ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표

- 특정질병입원보험금(약관 제3조)

지급 사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 특정질병의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 때
지급 금액	입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.2% (1회 입원당 120일 한도)

(주) 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 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표3 장애분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표4

특정질병 대상분류표

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

구 분	대 상 질 병 명	분 류 번 호
주요 특정 감염성 및 기생충질환	1.장 감염 질환	A00-A09
	2.결핵	A15-A19
	결핵관절염	M01.1
	척추의 결핵	M49.0
	뼈의 결핵	M90.0
	결핵성 방광염	N33.0
	자궁경부의 결핵감염	N74.0
	여성 결핵성 골반염증질환	N74.1
	결핵성 복막염	K67.3
	장,복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애	K93.0
	3.특정 동물매개의 세균성 질환	A20-A28
	4.기타 세균성 질환	A30-A44,A46,A48,A49
	5.기타 스피로헤타 질환	A65-A69
	6.클라미디아에 의한 기타 질환	A70-A71,A74
	7.리케차병	A75,A77-A79
	8.중추신경계통의 바이러스 감염	A80-A89
	9.절지동물매개의 바이러스열 및 바이러스 출혈열	A92-A99
혈액응고질환	10.피부 및 점막병변이 특징인 바이러스 감염	B00-B09
	11.바이러스 간염	B15-B19
당뇨병	12.기타 바이러스 질환	B25-B27,B30,B33,B34
	13.원충질환	B50-B60,B64
수막염	14.연충병	B65-B83
	달리 분류된 기타 질환에서의 녹내장	H42.8
	15.이감염증, 진드기증 및 기타 감염	B85-B89
	16.감염성 및 기생충 질환의 후유증	B90-B94
	17.기타 감염성 질환	B99
당뇨병	18.응고결함, 자반 및 기타 출혈성 병태	D65-D69
	19.당뇨병	E10-E14
수막염	20.달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
	21.달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01
	22.달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	G02
	23.기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03

구 분	대 상 질 병 명	분 류 번 호
뇌척수염	24.뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
	25.달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G05
	26.두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G06
	27.달리 분류된 질환에서의 두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G07
	28.두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염	G08
	29.중추신경계통의 염증성 질환의 후유증	G09
뇌전증	30.뇌전증	G40
	31.뇌전증지속상태	G41
중이염	32.비화농성 중이염	H65
	33.화농성 및 상세불명의 중이염	H66
폐성 심장병 및 폐순환의 질환	34.폐색전증	I26
	35.기타 폐성 심장질환	I27
	36.폐혈관의 기타 질환	I28
심장판막증	37.급성 심장막염	I30
	38.심장막의 기타 질환	I31
	39.달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	40.급성 및 아급성 심내막염	I33
	41.비류마티스성 승모판 장애	I34
	42.비류마티스성 대동맥판 장애	I35
	43.비류마티스성 삼첨판 장애	I36
	44.폐동맥판장애	I37
	45.상세불명 판막의 심내막염	I38
	46.달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막장애 칸디다심내막염	I39 B37.6
	47.급성 심근염	I40
	48.달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	49.심근병증	I42
	50.달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
심부전	51.방실차단 및 좌각차단	I44
	52.기타 전도장애	I45
	53.심장정지	I46
	54.발작성 빈맥	I47
	55.심방 세동 및 조동	I48
	56.기타 심장부정맥	I49
	57.심부전	I50
	58.심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	59.달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52

구분	대 상 질 병 명	분 류 번 호
편도염	60.급성 편도염	J03
폐렴	61.달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
	62.폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	63.인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	64.달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	65.달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	66.달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	67.상세불명 병원체의 폐렴	J18
기타 급성 하기도감염	68.급성 기관지염	J20
	69.급성 세기관지염	J21
	70.상세불명의 급성 하기도감염	J22
비염	71.혈관운동성 및 알러지성 비염	J30
	72.만성비염, 비인두염 및 인두염	J31
	73.만성 부비동염	J32
	74.코폴립	J33
	75.코 및 비동의 기타 장애	J34
	76.편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
	77.편도주위 농양	J36
천식	78.천식	J45
	79.천식 지속 상태	J46
총수염	80.총수의 질환	K35-K38
탈장	81.탈장	K40-K46
장폐색	82.탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색	K56
신우신염	83.급성 세뇨관-간질신장염	N10
	84.만성 세뇨관-간질신장염	N11
	85.급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염	N12
화상 및 부식	86.화상 및 부식	T20-T32

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

별표5

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

구 분	기 간	적립이율
특정질병입원보험금 (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

- (주) 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.

재해입원특약K(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. 장애: (별표2) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“입원”의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

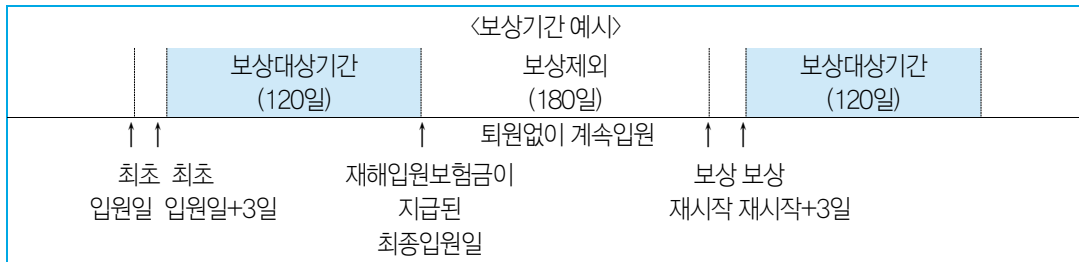
제 2 관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때에는 보험수익자에게 최초 3일을 제외한 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.1%를 “재해입원보험금”으로 지급합니다.

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 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 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ④ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 재해입원보험금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 재해로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제4항을 적용합니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 재해에 따른 입원이라도 재해입원보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 재해입원보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원 중인 경우에는 재해입원보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑦ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 재해입원보험금의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제4항에 따라 계속 재해입원보험금을 지급합니다.
- ⑧ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 재해입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑨ 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 재해로 인한 재해입원보험금을 지급합니다.
- ⑩ 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표(별표2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑪ 제10항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑫ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑬ 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표2 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑭ 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 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ⑮ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장

해지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 제15항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표2 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑰ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑱ 제17항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료 납입을 면제합니다.

⑲ 제18항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑳ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제18항의 청약일로 하여 적용합니다.

㉑ 장애분류표(별표2 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표2 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

㉒ 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.

㉓ 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.

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, 사망진단서, 장애진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표 3(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. 분쟁조정 신청
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 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인을 이 특약의 피보험자로 합니다.

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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이 때 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)”에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 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 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.
- ④ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 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)

구 분	기 간	적립이율
재해입원보험금 (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

- (주) 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.

영구치상실위로금특약K(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. 장애: (별표2) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“치아우식증(충치)” 및 “치주질환(잇몸질환)”의 정의 및 진단확정]

① 이 특약에 있어서 “치아우식증(충치)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 K02(치아우식) 및 K04(치수 및 치근단 주위조직의 질환)에 해당하는 것으로, 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 “치주질환(잇몸질환)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하는 것으로, 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때는 치은(잇몸)염이라고 하고 치은(잇몸)염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.

제2조의4 [“영구치상실”의 정의 및 진단확정]

① 이 특약에 있어서 “영구치상실”이라 함은 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 외상 등에 의하여 치아가 어

떠난 치료를 하더라도 치아의 전부 또는 일부라도 보존할 수 없다고 판단되어 치아를 발치한 경우를 말합니다. 다만, 다음 각 호에 해당하는 경우는 “영구치상실”에 해당하지 않습니다.

1. 제3대구치(사랑니)를 발치하는 경우
 2. 교정치료를 위하여 발치하였거나 위치이상으로 심미적인 개선을 위하여 발치한 경우
 3. 부분 매복되거나, 완전 매복되어 발치한 경우
- ② “영구치상실”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다

제2조의5 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 피보험자의 6세 계약해당일로 합니다. 단, 제1회 보험료를 납입하지 않은 경우에는 보장을 하지 않습니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 「피보험자의 6세 계약해당일 이후 보험기간」 중 피보험자가 제2조의4(“영구치상실”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 영구치상실을 입은 때에는 보험수익자에게 상실영구치 1개당 특약보험가입금액의 1%를 영구치상실위로금으로 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 경우 또는 이 특약의 보장개시 전에 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(별표2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표2 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 따라 장애지급률이 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 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표2 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑥ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑦ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표2 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 이 특약에서「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑩ 장애분류표(별표2 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표2 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑪ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기

간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑫ 제11항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑬ 제12항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑭ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제12항의 청약일로 하여 적용합니다.

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.

⑯ 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.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

그러나 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에게 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 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, 장애진단서 등]

3. 치과치료관련 증명서

가. 치과치료 진단서(아래의 내용이 포함되어야 합니다)

(1) 발치한 영구치의 위치(또는 치아번호) 및 발치일자

(2) 해당 영구치의 내원 당시의 치아상태

(3) 직접적인 영구치 발치원인

나. 치과진료기록부 사본

다. 회사는 상기 “가” 및 “나”의 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 영구치 발치 전후의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료를 추가로 요구할 수 있습니다.

4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

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

② 제1항 제2호의 사고증명서 및 제3호의 치과치료관련 증명서는 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 별표 3(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. 제4항에 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 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.

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

제 10 조 [계약 전 알릴 의무]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 11 조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 12 조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)한 경우 피보험자의 6세 계약해당일에 주

계약에 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 청약일부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이때 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)”에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 보험기간 중 영구치를 모두 상실하여 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 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 계약자는 이 특약의 보험료를 피보험자의 6세 계약해당일에 해당하는 납입기일부터 납입하여야 합니다.

② 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

③ 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

④ 제3항에도 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

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

② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표 1 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표 2 장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표3

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

구 분	기 간	적립이율
영구치상실위로금 (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

- (주) 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.

자녀학자금보장특약(무배당) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 [목적]

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

제 2 조 [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. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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.

제 2 조의 2 [특약의 보험기간]

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 2 조의 3 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금의 지급

제 3 조 [보험금의 지급사유]

① 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 자녀학자금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

- ② 제1항의 자녀학자금은 자녀학자금 지급해당일을 기준으로 다음 각 호에 해당하는 날에 지급합니다.
1. 입학자금: 자녀학자금 지급개시일 이후 자녀나이가 7세, 13세, 16세, 19세일 때 자녀학자금 지급해당일
 2. 교육자금: 자녀학자금 지급개시일 이후 자녀나이가 13세부터 24세[25세가 되는 계약해당일(해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다)의 전일]까지 매년 자녀학자금 지급해당일
- ③ 제2항에서 지급해당일이라 함은 자녀학자금 지급사유가 발생한 날부터 1년마다 돌아오는 해당일을 말하며, 해당 년도의 지급해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 지급해당일로 합니다.
- ④ 보험수익자가 제1항의 보험금을 일시금으로 선지급 받기를 원하는 경우 회사는 “평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액”과 “적용이율을 연단위 복리로 할인한 금액” 중 큰 금액을 지급하여 드립니다.

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 제3조(보험금의 지급사유) 제1항의 ‘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.
- 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(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 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 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조) 상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑧ 제2항의 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.
- ⑨ 제2항의 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.
- ⑩ 제9항에도 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.
- ⑪ 장해분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑫ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑬ 제12항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료 납입을 면제합니다.
- ⑭ 제13항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑮ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우

부활(효력회복)을 청약한 날을 제13항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑩ 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.

⑪ 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.

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 보험료의 납입을 면제합니다.

가. 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) 제1항에서 정한 자녀학자금을 지급합니다.

나. 특약의 보장개시일[부활(효력회복)특약의 경우는 부활(효력회복)청약일]부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 제3조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 자녀학자금을 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 [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 아니면 본인의 인감증명서 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.

제 7 조 [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 회사는 제3조(보험금의 지급사유) 제1항에 해당하는 제2회 이후 자녀학자금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려 드리며, 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 지급사유 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.

제 8 조 [보험금 받는 방법의 변경]

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유) 제1항에 따른 자녀학자금의 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.
- ③ 제2항에도 불구하고 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 자녀학자금을 일시에 지급하는 경우에 한해 “평균 공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액”과 “적용이율을 연단위 복리로 할인한 금액” 중 큰 금액을 지급합니다.

제 9 조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 10 조 [계약 전 알릴 의무]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 11 조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 12 조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제 13 조 [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 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제 13 조의 2 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형, 부모형에 따라 다음 각 호와 같이 정하고, 자녀는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀(피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함) 중 계약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인(이하 같습니다)으로 합니다.

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.
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 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 14 조 [특약의 무효]

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 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 서면에 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.
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.

제 15 조 [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 보험수익자

가 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 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용[제15조의2(종신보험으로의 전환) 포함]을 변경할 수 없습니다.

제 15 조의 2 [종신보험으로의 전환]

① 계약자는 이 특약의 보험기간이 만료되기 전 계약자의 선택에 따라 피보험자가 보험가입적격자인지 여부에 관계없이 이 특약을 종신보험으로 변경(이하 “전환”이라 합니다)할 수 있으며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 전환 후 계약의 보험가입금액은 전환 전 특약의 전환 당시 자녀학자금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 일시금으로 지급하는 경우 그 금액의 80%를 한도로 하되 전환 전 특약의 보험가입금액을 초과할 수 없습니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 전환할 수 없습니다.

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

③ 이 특약의 보험료 납입이 면제되었더라도 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.

제 16 조 [특약의 소멸]

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

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
3. 제3조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우

제5관 보험료의 납입

제 17 조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 18 조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 19 조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 20 조 [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.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 21 조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 22 조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표4(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항

제 23 조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표 1

보험금 지급기준표

(1구좌 특약보험가입금액: 5,000만원)

□ 자녀학자금(약관 제3조 제1항)

지급 사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우		
지급 금액	입학자금	초등학교(7세) 중학교(13세) 고등학교(16세) 대학교(19세)	100만원 200만원 300만원 500만원
	교육자금	중학교(13~15세) 고등학교(16~18세) 대학교(19~22세) 대학원(23~24세)	매년 300만원 매년 500만원 매년 1,000만원 매년 1,000만원

- (주) 1. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상인 장애상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 자녀학자금 지급시 나이는 자녀의 보험나이를 말하며, 각 지급금액은 해당 나이의 자녀학자금 지급해당일에

- 지급됩니다.
3. 해당년도에 자녀학자금 지급해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 자녀학자금 지급해당일로 합니다.
 4. 자녀학자금 지급사유 발생시의 자녀나이에 따라 지급되는 금액이 차이가 있을 수 있습니다[약관 제3조(보험금의 지급사유) 참조].
 5. 보험수익자가 자녀학자금을 일시금으로 지급받기를 원하는 경우 “평균공시이율을 연단위 복리로할인한 금액”과 “적용이율을 연단위 복리로 할인한 금액” 중 큰 금액을 지급합니다.

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
제1회 자녀학자금 (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%)
제2회 이후 자녀학자금 (제3조 제1항)	제2회 이후 해당 자녀학자금 지급예정일의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 1. 제2회 이후 자녀학자금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 제2회 이후 해당 자녀학자금 지급예정일의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 4. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

고도장해보장특약N(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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 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 제3항에 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.
- ⑤ 이 특약에서「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제2항 및 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표2 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 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.
- 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 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑬ 제12항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉) 및 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑭ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제12항의 청약일로 하여 적용합니다.
- 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.
- ⑯ 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.
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, 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표 3(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 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 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 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 부모형에 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. 부모형의 경우 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 부모(주계약 피보험자와 실질적인 부양관계에 있는 자를 포함하며, 이하 같습니다) 중 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다) 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이때 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)”에서 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 사망 연월일을 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

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

② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 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(40%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(60%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(80%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 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.

임신중독증진단특약D(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: (별표2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 계약일부터 분만일까지로 합니다.

제2조의3 [“임신중독증”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “임신중독증”이라 함은 별표1(임신중독증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 단, 별표1(임신중독증 분류표)에 정한 바에 따라 아래에서 정한 질병은 제외합니다.

1. 임신, 출산 및 산후기에 합병된 전에 있던 고혈압(O10)
2. 만성 고혈압에 겹친 전자간(O11)
3. 고혈압을 동반하지 않은 임신성[임신-유발] 부종 및 단백뇨(O12)
4. 임신[임신-유발]고혈압(O13)
5. 상세불명의 산모고혈압(O16)

② “임신중독증”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 자격을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

다.

제2조의4 [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 “임신중독증”으로 진단이 확정되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 특약보험가입금액의 2%를 “임신중독증진단보험금”으로 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 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “임신중독증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 회사가 보장을 합니다.
- ④ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑥ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑧ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 이 특약에서「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑪ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑫ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑬ 제12항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료 납입을 면제합니다.
- ⑭ 제13항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉) 및 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑮ 제19조[보험료의 납입면제로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제13항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑯ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따라 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑰ 계약자와 회사가 제2항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따라 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, 장해진단서, 해당 질병 진단서(병명 또는 분류코드 기입), 검사결과지, 진료기록부, 가족관계증명서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 별표 4(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 보험

금 지급사유와 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 가급적보험금으로 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 이익을 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 금액을 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [보험료 정산에 관한 사항]

- ① 특약을 체결할 때 보험기간은 1년을 기준으로 체결하며, 제2조의2(특약의 보험기간)에서 정한 보험기간 이후 납입한 보험료는 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)에 정한 방법에 따라 환급하여 드립니다.
- ② 제1항의 보험료 정산 사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 보험료 정산과 관련된 서류를 제출하고 보험료 정산을 청구하여야 합니다.
- ③ 제1항에 따라 환급되는 보험료는 정산일까지의 기간에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제13조의3 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자의 부양자[임신한 모(母)에 한합니다]로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인[임신한 모(母)에 한합니다]으로 합니다.

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 회

사가 지급하여야 할 금액이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험 가입금액을 감액할 때 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 금액이 없거나 최초 가입할 때 안내한 금액보다 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 임신중독증진단보험금의 지급사유가 발생한 경우

2. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 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 사망 연월일을 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 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)

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 전자문서

를 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 금액을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 금액을 계약자에게 지급합니다.

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

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 금액을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조 [해지환급금]

① 이 특약은 해지환급금이 없습니다. 단, 특약이 해지된 시점에 산출방법서에 따른 미경과보험료적립금 등이 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따른 금액의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 지급합니다. 제1항에 따른 금액 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표4(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

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

② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1

임신중독증 분류표

약관에 규정하는 임신중독증으로 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. 전자간	O14
2. 자간	O15

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

별표2 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표3 장애분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표4

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

구 분	기 간	적립이율
임신중독증진단보험금 (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%)
제22조 제1항에 따른 금액	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내: 평균공시이율의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 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.

신입원특약N(갱신형,무배당)[최대 100세 갱신형] 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. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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.

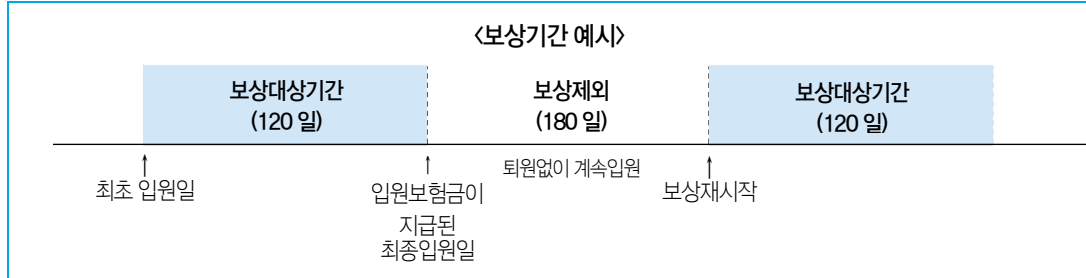
제2조의3 [“입원”의 정의와 장소]

로 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 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원보험금이 지급된 최종 입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원보험금이 지급된 최종 입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



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 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제3항 및 제4항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑭ 제13항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑮ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제13항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑯ 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.

⑰ 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.

⑱ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑲ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

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

㉑ 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉔ 제21항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조) 상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉕ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

㉖ 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병 또는 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 입원보험금을 지급합니다.

㉗ 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.

㉘ 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]

㉑ 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(입원확인서, 장애진단서, 사망진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

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

㉒ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에 서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 [보험금의 지급절차]

㉑ 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.

㉒ 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표4(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 같이 계산합니다.

㉓ 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 지급사유 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제25항 및 제26항에 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 위반사실 뿐만 아니라 계약 전

알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이익을 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 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)특약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복) 특약을 최초계약으로 봅니다].

제12조 [사기에 의한 계약]

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.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형, 자녀형 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 평균공사이율+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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형, 자녀형에 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.
3. 자녀형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함) 중 특약을 체결할 때 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 배우자형 및 자녀형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 또는 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함)의 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 같다] 만료일」로 합니다. 단, 본인형 및 배우자형의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 하며, 자녀형에서 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 27세 계약해당일 이후인 경우에는 27세 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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 - 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 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 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.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 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 전핵(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ⑥ 제2항 및 제4항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 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 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 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. 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)
- 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]

- 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.
- ④ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

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 따

른 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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1 질병 및 재해분류표
신입원특약K(무배당) 약관의 (별표1)과 동일

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)**

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

- (주) 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.

암진단특약K(갱신형,무배당) 약관

제1 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: (별표5) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애: (별표6) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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, 비침

습 방광암 및 대장점막내암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “제2조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암”, “제2조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세포명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발 부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

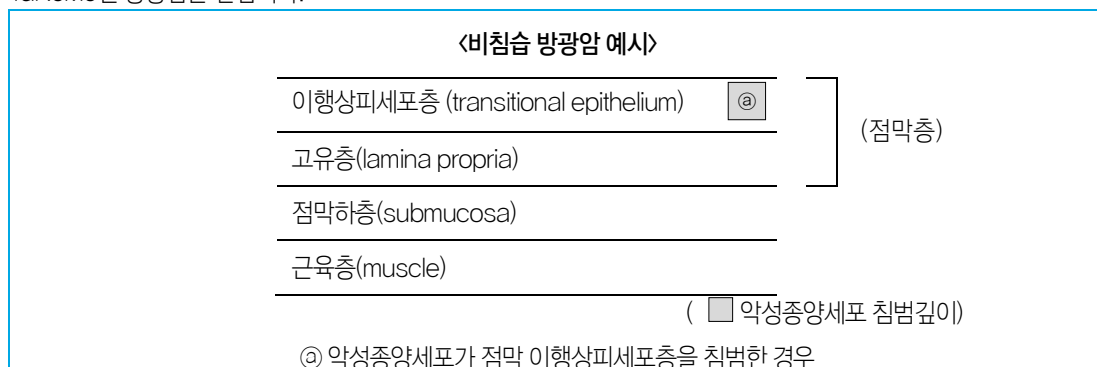
- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”은 제2조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”은 제2조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단 확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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 [“체자리암”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “체자리암”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 “체자리암”의 진단 확정은 병리와 전문의 자격을 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 “체자리암”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 악성종양 세포가 점막 고유층(lamina propria)까지는 침범하지 않은 비침습 유두암(papillary carcinoma) 상태로 ‘AJCC 암병기 설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제7판’에서 정한 병기상 TaNOM0인 방광암을 말합니다.

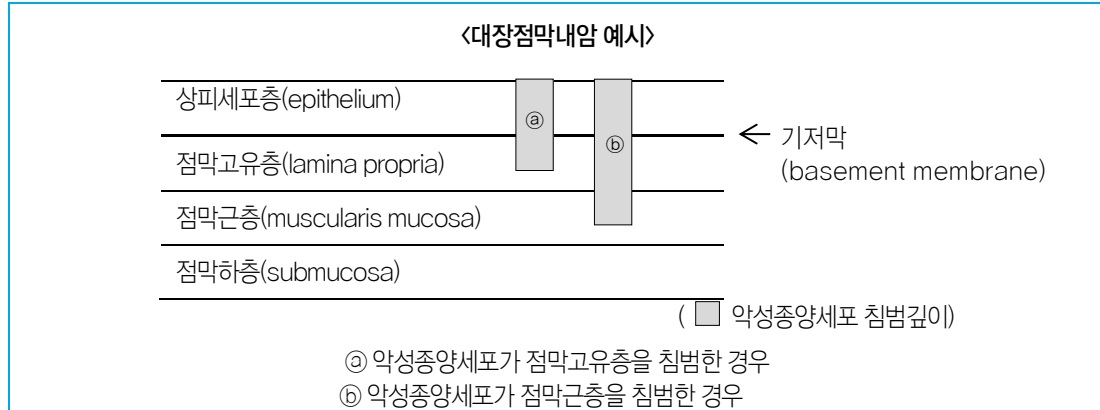


- ② 제1항의 AJCC 암병기 설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기 설정매뉴얼을 따릅니다.

③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리와 전문의 자격을 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.



② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리와 전문의 자격을 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 병리와 전문의 자격을 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.

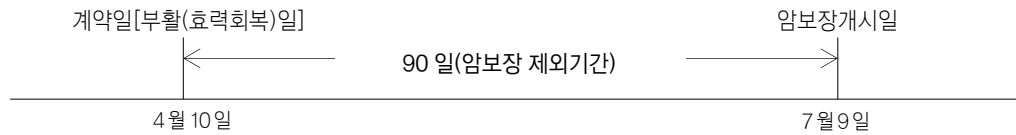
제2조의8 [특약의 보장개시일]

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 최초계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(단, 계약일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 계약일, 이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 단, 갱신계약의 암 보장개시일은 갱신일로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(단, 부활(효력회복)일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일)로 합니다.

〈암보장개시일 예시〉



※ 피보험자가 15세 미만인 경우 암보장개시일은 보험계약일과 같습니다.

※ “경계성종양”, “제자리암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”의 경우 보장개시일은 보험계약일과 같습니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급 기준표” 참조)을 지급합니다.

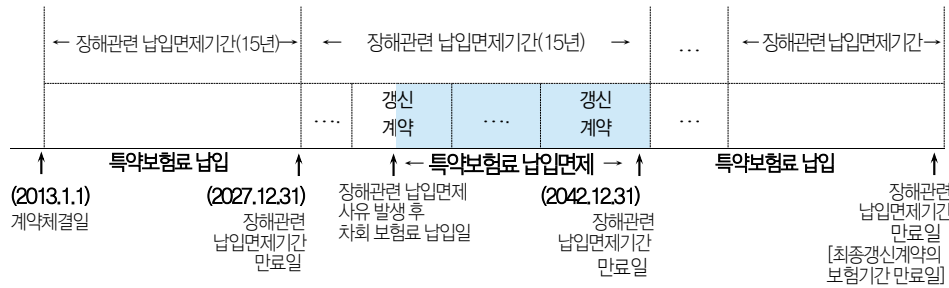
1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정 되었을 경우 : 암진단보험금
(단, 최초 1회에 한함)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 또는 대장점막내 암으로 진단 확정되었을 경우 : 소액암진단보험금
(단, 6가지 분류질병 “제자리암”, “경계성종양”, “기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 및 “대장점막내암”에 대해 각각 1회의 진단 확정에 한하여 지급)

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 장애분류표(별표6 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 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 장애상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장애관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장애관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다
- ⑤ 「장애관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장애관련 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 「장애관련 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 및 대장점막내암 제외)으로 진단 확정 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ⑦ 피보험자에게 암보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 이내에 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 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.
- ⑨ 피보험자에게 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암으로 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 소액암진단보험금의 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 소액암진단보험금이 지급된 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암과 동일한 질병인 경우(동일부위에 대한 재진단 포함) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑩ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제3항, 제4항 및 제6항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑪ 제10항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다. 단, 제9항에 해당하는 경우에는 보장하지 않습니다.
- ⑫ 제9항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단 확정되어 보험금이 지급된 “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.
- ⑬ 제11항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 및 제12항의 ‘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.
- ⑭ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제11항의 청약일로 하여 적용합니다.
- 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(별표6 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑯ 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.
- ⑰ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑱ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표6 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는

동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

㉑ 제3항 및 제4항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

㉒ 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표6 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉓ 제20항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표6 참조) 상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표6 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉔ 장애분류표(별표6 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표6 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

㉕ 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.

㉖ 계약자와 회사가 제3항, 제4항 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), 장애진단서, 사망진단서 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 별표 7(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 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 지급사유와 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 자녀형 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 자녀형에 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. 자녀형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함)중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.
- ② 자녀형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함)의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

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 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간, 이하 같습니다] 만료일」로 합니다. 단, 본인형의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 하며, 자녀형에서 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 27세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 27세 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, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
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 사망 연월일을 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 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 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따

라 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. 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날[단, 부활(효력회복)일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 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.
- ④ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

보험금 지급기준표**(1) 암진단보험금 (약관 제3조 제1호)**

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 1회의 암 진단 확정에 한함)
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 12% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 6%

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 6% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 3%

- (주) 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. 제2조의3(“암” 등의 정의 및 진단 확정), 제2조의 5(“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. 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.
4. 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.
5. 피보험자에게 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암으로 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 소액암진단보험금의 지급사유가 발생하더라도 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 소액암진단보험금이 지급된 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암과 동일한 질병인 경우(동일부위에 대한 재진단 포함) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
6. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(단, 계약일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 계약일)로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 단, 부활(효력회복) 특약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날[단, 부활(효력회복)일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일]입니다.

별표2 약성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)
주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표3 제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)
암진단특약K(무배당) 약관의 (별표3)과 동일

별표4 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표
암진단특약K(무배당) 약관의 (별표4)와 동일

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)**

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	1년 이내: 평균공시이율의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 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.

고액암진단특약N(갱신형,무배당) 약관

제1 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: (별표4) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애: (별표5) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 만료후 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 [“고액암”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “고액암”이라 함은 별표2(고액치료비 관련 악성신생물 분류표)에 정한 질병을 말합니다.

② “고액암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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 “고액암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의4 [“암”등의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3[악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)”에 해당하는 질병, “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)”에 해당하는 질병, “제2조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)”에서 정한 비침습 방광암, “제2조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)”에서 정한 대장점막내암 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

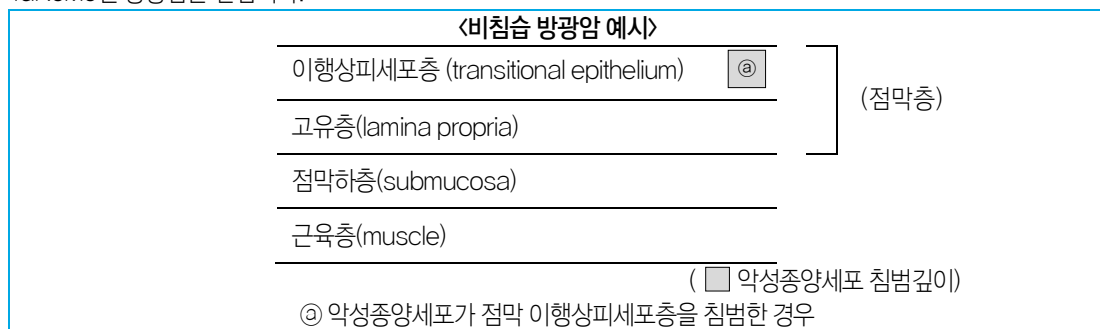
[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발 부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- 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 자격을 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.

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] 제7판에서 정한 병기상 TaNOM0인 방광암을 말합니다.

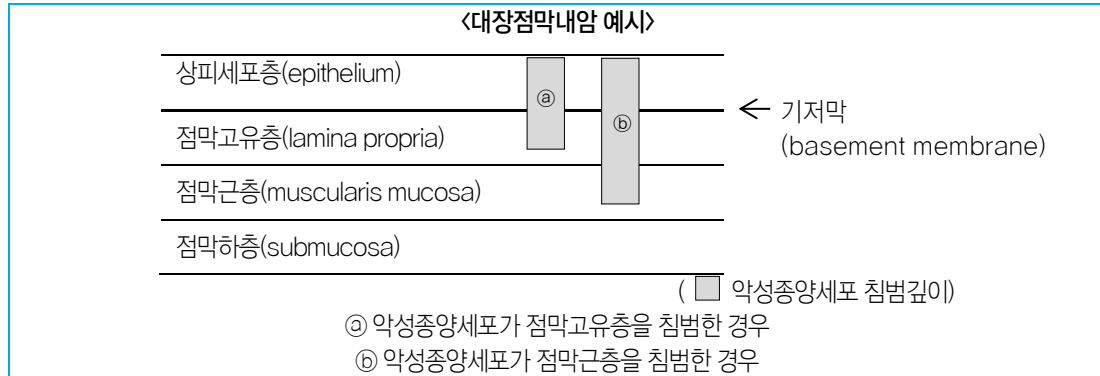


② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격을 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.



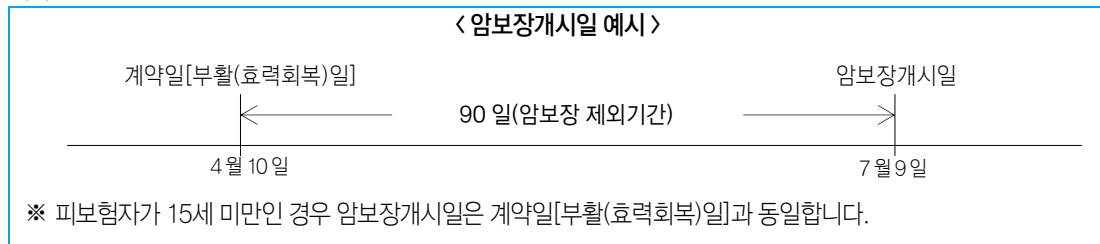
② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리와 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의7 [특약의 보장개시일]

① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 제2조의3(“고액암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “고액암” 및 제2조의4(“암” 등의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “암” 보장에 대한 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(단, 계약일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 계약일, 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)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(단, 부활(효력회복)일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일)로 합니다.



제 2 관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “고액암”으로 진단 확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 고액암진단보험금으로 지급합니다.

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑬ 제19조[보험료의 납입면제로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제11항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑭ 제3항 및 제4항에서 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표5 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑮ 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.

⑯ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑰ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표5 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑱ 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.

⑲ 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(별표5 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑳ 제19항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표5 참조) 상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표5 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉑ 장해분류표(별표5 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표5 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

㉒ 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.

㉓ 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(해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 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 지급사유와 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 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]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 자녀형 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 자녀형에 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. 자녀형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함) 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.
- ② 자녀형의 경우 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함)의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

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, 본인형의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 하며, 자녀형에서 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 27세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 27세 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 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자 계산방식과 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(“고액암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “고액암”으로 진단 확정 되는 경우

제15조 [특약내용의 변경 등]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제16조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 고액암진단보험금의 지급사유가 발생한 경우
 2. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 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 포함 하며, 이하 같습니다)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 제3호의 “사망”에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 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 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 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. 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부턴 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날[단, 부활(효력회복)일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 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.
- ④ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
 ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표 1

보험금 지급기준표

- 고액암진단보험금(약관 제3조)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 고액암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회의 고액암 진단 확정에 한함)
지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

- (주) 1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 1년 이내(최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약 또는 특약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우에는 적용하지 않습니다.
 2. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날[단, 계약일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 계약일로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 단, 부활(효력회복) 특약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날[단, 부활(효력회복)일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일]입니다.

별표2

고액치료비 관련 악성신생물 분류표

약관에 규정하는 고액치료비 관련 악성 신생물로 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. 골 및 관절연골의 악성신생물	
사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물	C41
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	
수막의 악성신생물	C70
뇌의 악성신생물	C71
척수, 뇌신경 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
3. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
호지킨 림프종	C81
소포성 림프종	C82
비소포성 림프종	C83
성숙 T/NK-세포 림프종	C84
기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
T/NK-세포 림프종의 기타 명시된 형태	C86
악성 면역증식성 질환	C88
다발골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
림프성 백혈병	C91
골수성 백혈병	C92
단핵구성 백혈병	C93
명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
상세불명 세포형의 백혈병	C95
림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
만성 골수증식 질환	D47.1
만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

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

별표3 악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)
주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표4 재해분류표
주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표5 장해분류표
주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표6

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

구 분	기 간	적립이율
고액암진단보험금 (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

- (주) 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) [최대 100세 갱신형] 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: (별표3) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애: (별표4) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “뇌출혈”로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조의4 [특약의 보장개시일]

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

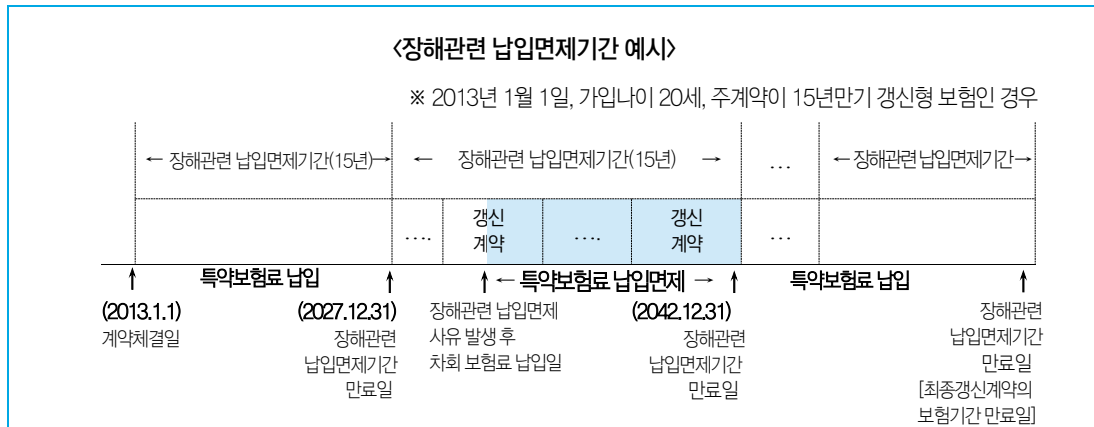
제 2 관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌출혈”로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 진단보험금으로 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 장애분류표(별표4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 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 장애상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장애관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장애관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장애관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장애관련 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 「장애관련 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 이내에 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 제8항에 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.
- ⑩ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑪ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표4 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑫ 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.
- 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.
- ⑯ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제3항 및 제4항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑰ 제16항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑱ 제17항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉) 및 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑲ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우

부활(효력회복)을 청약한 날을 제17항의 청약일로 하여 적용합니다.

㉔ 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.

㉕ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따라 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

㉖ 계약자와 회사가 제3항 및 제4항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따라 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]

㉑ 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 아니면 본인의 인감증명서 포함)

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

㉒ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 [보험금의 지급절차]

㉑ 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.

㉒ 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 같이 계산합니다.

㉓ 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) 제21항 및 제22항에 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

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 자격상실일로부터 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 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 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 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

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 진단보험금의 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

③ 제1항에도 불구하고 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

④ 제3항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표 1

보험금 지급기준표

- 진단보험금(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%

- (주)1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 1년 이내(최초계약의 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

뇌출혈진단특약K(무배당)의 (별표2)와 동일

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
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

- (주) 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.

급성심근경색증진단특약N(갱신형,무배당) [최대 100세 갱신형] 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: (별표3) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애: (별표4) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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) 자격을 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 피보험자가 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

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 진단보험금으로 지급합니다.

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

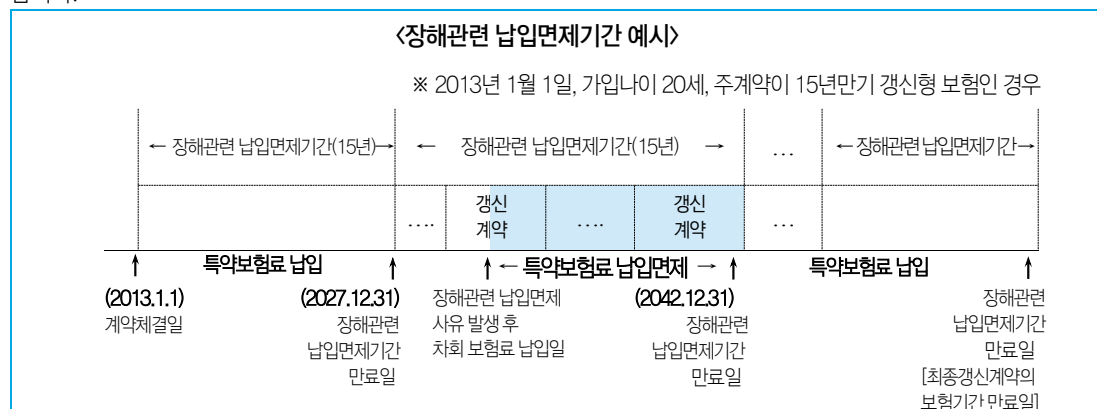
① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우(단, 주계약이 유효한 경우에 한합니다)에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(별표4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 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 장애상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장애관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장애관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다

⑤ 「장애관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장애관련 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 「장애관련 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 이내에 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 제8항에 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.

⑩ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑪ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표4 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑫ 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.

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.

⑯ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제3항 및 제4항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑰ 제16항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑱ 제17항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑲ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제17항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑳ 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.

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(사망진단서, 해당질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장애인단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 1항에 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 지급사유와 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약(講約)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.

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, 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 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]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 진단보험금의 지급사유가 발생한 경우
2. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 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 사망 연월일을 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]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표**- 진단보험금(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%

(주) 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 1년 이내(최초계약의 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

급성심근경색증진단특약K(무배당)의 (별표2)와 동일

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
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

- (주) 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.

암직접치료비특약N(갱신형,무배당)[최대100세 갱신형] 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: (별표5) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애: (별표6) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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, “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “제2조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암”, “제2조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발 부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

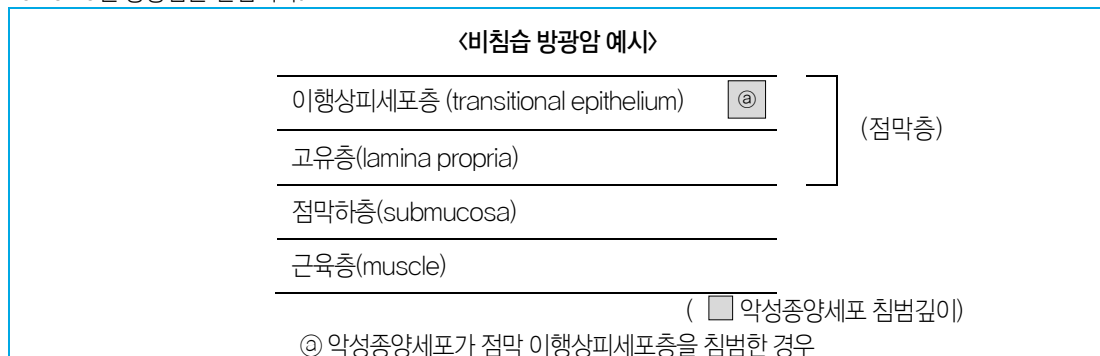
- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”은 제2조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”은 제2조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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 자격을 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 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 TaNOM0인 방광암을 말합니다.

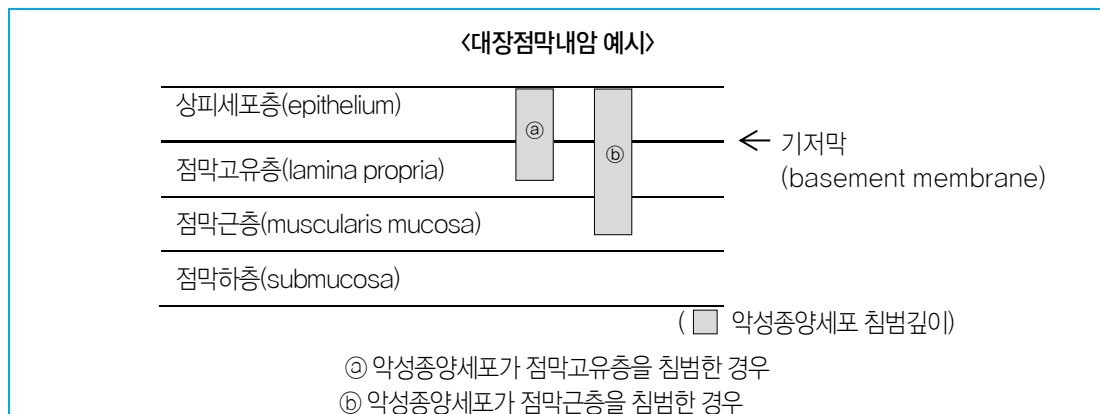


- ② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리와 전문의 자격을 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.



② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리와 전문의 자격을 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 병리와 전문의 자격을 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 [“입원” 및 “통원”의 정의와 장소]

① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 “암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사가 피보험자의 “암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고, 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

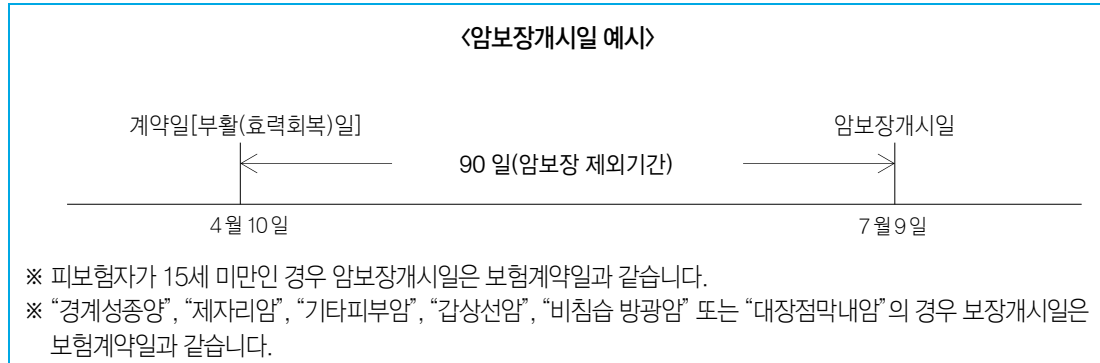
제2조의9 [특약의 보장개시일]

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 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(단, 계약일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 계약일, 이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 단, 갱신계약의 암 보장개시일은 갱신일로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(단, 부활(효력회복)일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일로 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 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되고 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 경우, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경계성종양”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 경우 : 암직접치료입원보험금
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되고 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경계성종양”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 : 암직접치료통원보험금

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.

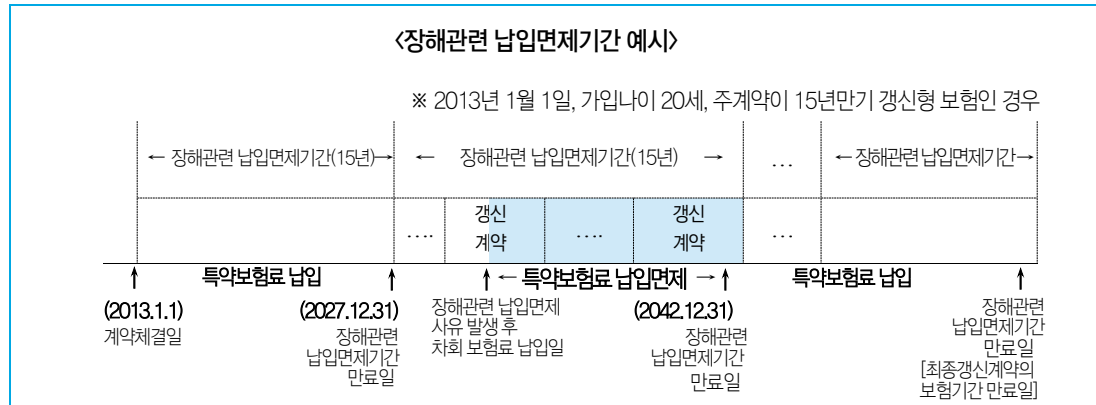
② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(별표6 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 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 장애상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장애관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장애관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 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.

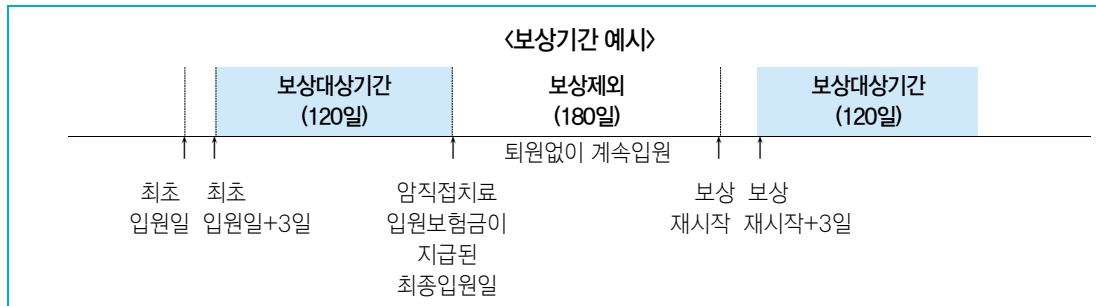


⑥ 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병으로 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑦ 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 암직접치료입원보험금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.

⑧ 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제7항을 적용합니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 질병에 따른 입원이라도 암직접치료입원보험금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암직접치료입원보험금이 지급된 최종 입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원보험금이 지급된 최종 입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



⑩ 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 암직접치료입원보험금 지급사유에 해당하는 입원기간 중 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제7항에 따라 계속 암직접치료입원보험금을 지급합니다.

⑪ 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑫ 제3조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 암직접치료입원보험금을 지급하며 암직접치료입원보험금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 암직접치료입원보험금을 지급합니다.

⑬ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금

을 지급하지 않으며, 제3항 및 제4항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑮ 제14항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑯ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제14항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑰ 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.

⑱ 제17항에 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.

⑲ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑳ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표6 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

㉑ 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.

㉒ 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.

㉓ 제22항에도 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.

㉔ 장해분류표(별표6 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표6 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

㉕ 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.

㉖ 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[해당 질병 진단서, 해당 질병 입원증명서, 진료기록부(검사기록지 포함), 해당 질병 통원증명서, 장애 진단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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) 제25항 및 제26항에 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형, 자녀형 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형, 자녀형에 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.
 3. 자녀형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함)중 특약을 체결할 때 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 배우자형 및 자녀형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 또는 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함)의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 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 같다] 만료일」로 합니다. 단, 본인형 및 배우자형의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 하며, 자녀형에서 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 27세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 27세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

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]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 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 연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항 2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지

급과 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 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 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 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. 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날[단, 부활(효력회복)일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 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.
- ④ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표 1

보험금 지급기준표

(1) 암직접치료입원보험금(약관 제3조 제1호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되고 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 4일이상 계속하여 입원하였을 경우
지급금액	3일초과 입원시 최초 3일을 제외한 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.5% (1회 입원당 120일 한도)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경계성종양”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”의 직접적인 치료를 목적으로 4일이상 계속하여 입원하였을 경우
지급금액	3일초과 입원시 최초 3일을 제외한 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.2% (1회 입원당 120일 한도)

(2) 암직접치료통원보험금(약관 제3조 제2호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되고 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경계성종양”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우
지급금액	1회 통원에 대하여 특약보험가입금액의 0.2%

- (주) 1. 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 지급하지 않습니다.
2. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날[단, 계약일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 계약일로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 단, 부활(효력회복)

특약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날[단, 부활(효력회복)일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일]입니다.

3. 암직접치료입원보험금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.

별표2 악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)
주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표3 제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)
암진단특약K(무배당) 약관의 (별표3)과 동일

별표4 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표
암진단특약K(무배당) 약관의 (별표4)와 동일

별표5 재해분류표
주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표6 장애분류표
주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표7

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

구 분	기 간	적립이율
암직접치료임원보험금 (제3조 제1호) 암직접치료통원보험금 (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

- (주) 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.

어린이특정입원특약K(갱신형,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. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 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.

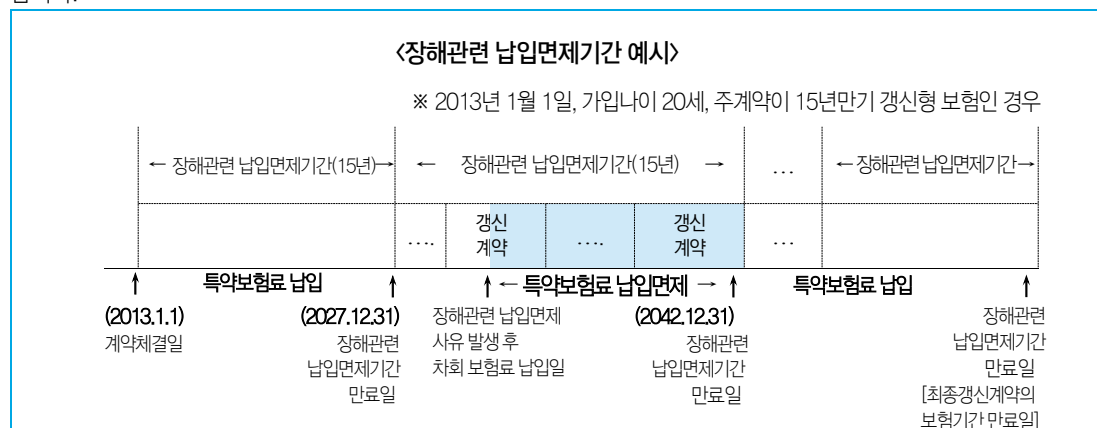
제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

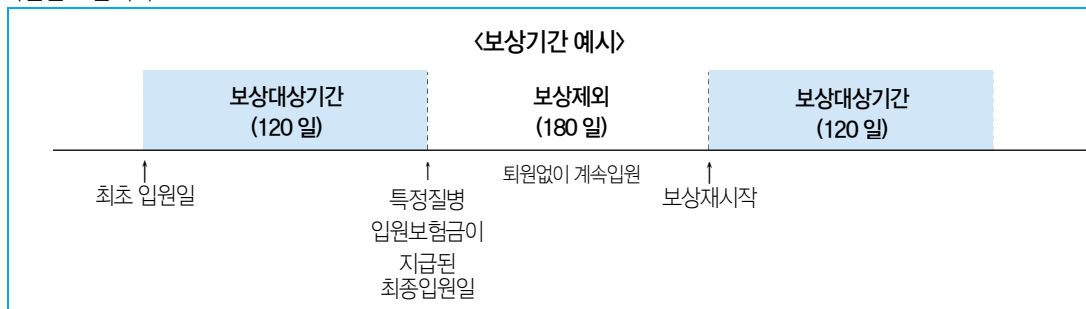
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 별표4(특정질병 대상분류표)에서 정하는 질병(이하 “특정질병”이라 합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 특정질병입원보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

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 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 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 장애상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장애관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장애관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장애관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장애관련 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 「장애관련 납입면제기간」으로 합니다.



- ⑥ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 특정질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑦ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 특정질병입원보험금의 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 특정질병으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제7항을 적용합니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 특정질병에 의한 입원이라도 특정질병입원보험금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 특정질병입원보험금이 지급된 최종 입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 특정질병입원보험금이 지급된 최종 입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑩ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 특정질병입원보험금의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보상기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제7항에 따라 계속 특정질병입원보험금을 지급합니다.
- ⑪ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 특정질병입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑫ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제3항 및 제4항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑬ 제12항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑭ 제13항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑮ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제13항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑯ 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.
- ⑰ 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.
- ⑱ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑲ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑳ 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 정

합니다.

㉔ 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉕ 제21항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조) 상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉖ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

㉗ 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 특정질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 하나의 특정질병으로 인한 특정질병입원보험금을 지급합니다.

㉘ 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.

㉙ 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.

㉚ 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]

㉛ 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서[사망진단서, 입원증명서, 장애인단서, 진단서(병명기입), 진료기록부 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

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

㉜ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 [보험금의 지급절차]

㉝ 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 지급사유와 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제26항 및 제27항에 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 자녀형 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 자녀형에 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. 자녀형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함) 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.
- ② 자녀형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함)의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

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 경우 연금개시전 보험기간, 주계약이 갱신했을 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간, 이하 같습니다] 만료일」로 합니다. 단, 본인형의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 30세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 30세 계약해당일의 전일로 하며, 자녀형에서 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 27세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 27세 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 갱신했을 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 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 송낙 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 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 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.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제6관 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.

④ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표

□ 특정질병입원보험금 (약관 제3조)

지급 사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 특정질병의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 때
지급 금액	입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.2% (1회 입원당 120일 한도)

(주) 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

재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표3

장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표4

특정질병 대상분류표

어린이특정입원특약 K(무배당) 약관의 (별표 4)와 동일

별표5

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

구분	적립기간	적립이율
특정질병입원보험금 (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

- (주) 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.

재해입원특약N(갱신형,무배당)[최대 100세 갱신형] 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. 장애: (별표2) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 만료후 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]

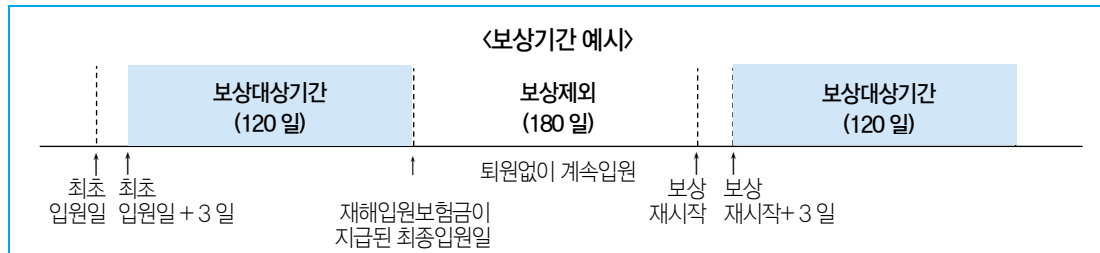
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의

304

⑦ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 재해입원보험금의 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 재해로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제7항을 적용합니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 재해에 의한 입원이라도 재해입원보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 재해입원보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 재해입원보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



⑩ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 재해입원보험금의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제7항에 따라 계속 재해입원보험금을 지급합니다.

⑪ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 재해입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑫ 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(별표2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑬ 제12항에 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.

⑭ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑮ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표2 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑯ 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.

⑰ 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(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑱ 제17항에도 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.

⑲ 장해분류표(별표2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑳ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3항 및 제4항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

㉑ 제20항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료 납입을 면제합니다.

㉒ 제21항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

㉓ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제21항의 청약일로 하여 적용합니다.

㉔ 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 재해로 인한 재해입원보험금을 지급합니다.

㉕ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따라 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

㉖ 계약자와 회사가 제3항 및 제4항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따라 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, 사망진단서, 장해진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 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 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
- 6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제25항 및 제26항에 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 및 자녀형 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형 및 자녀형에 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.
 3. 자녀형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함)중 특약을 체결할 때 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 배우자형 및 자녀형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 또는 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함)의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 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 같다] 만료일」로 합니다. 단, 본인형 및 배우자형의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 하며, 자녀형에서 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 27세 계약해당일 이후인 경우에는 27세 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 이자의 계산방식과 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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 포함 하며, 이하 같습니다)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 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 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.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제6관 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.

④ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

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

② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표2 장애분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표3

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

구 분	기 간	적립이율
재해입원보험금 (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

- (주) 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.

어린이응급실내원특약K(갱신형,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 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 [“응급실”의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “응급실”이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관 또는 응급의

료에 관한 법률 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급의료시설을 말합니다.

제2조의4 [“응급실 내원 진료비 대상자”의 정의]

① 이 특약에 있어서 “응급실 내원 진료비 대상자”라 함은 다음 중 한 가지에 해당되는 경우를 말합니다.

1. 응급환자
2. 응급환자에 해당되지 않으나 “질병 및 재해분류표(별표3 참조)”에서 정하는 질병 또는 재해로 인하여 응급실에 내원하여 진료를 받은 자

② 제1항에서 정한 “응급환자”라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)에서 정하는 자로서 “응급증상 및 이에 준하는 증상”(별표4 “응급증상 및 이에 준하는 증상” 참조) 또는 “응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자(응급의료에 관한 법률 제2조 제4호 참조)가 판단하는 증상”이 있는 자를 말합니다.

제2조의5 [특약의 보장개시일]

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

제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “응급실 내원 진료비 대상자”에 해당하였을 경우에는 보험수익자에게 응급실 내원 1회당 특약보험가입금액의 0.2%를 응급실내원진료비로 지급합니다.

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

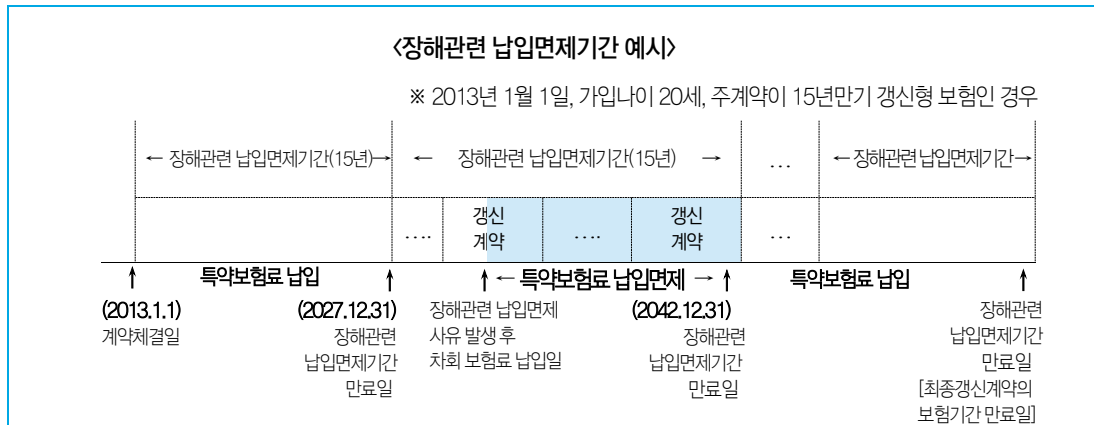
① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우(단, 주계약이 유효한 경우에 한합니다)에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(별표2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 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 장애상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장애관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장애관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다

⑤ 「장애관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장애관련 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 「장애관련 납입면제기간」으로 합니다.



- 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(별표2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 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.
- ⑧ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표2 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑩ 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.
- 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(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에도 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.
- ⑬ 장해분류표(별표2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑭ 응급실이 아닌 곳에서의 야간진료 또는 외래진료를 받은 자는 “응급실내원진료비 대상자”에 해당하지 않습니다.
- ⑮ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제3항 및 제4항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑯ 제15항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑰ 제16항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑱ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제13항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑲ 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.

㉔ 계약자와 회사가 제3항에서 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(진료비계산서, 진료비세부내역서, 응급실기록지 사본, 장해진단서, 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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) 제19항 및 제20항에 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.

㉔ 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 자녀형 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 자녀형에 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. 자녀형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함) 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

② 자녀형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함)의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

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 경우 연금개시전 보험기간, 주계약이 갱신했을 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간, 이하 같습니다] 만료일」로 합니다. 단, 본인형의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 30세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 30세 계약해당일의 전일로 하며, 자녀형에서 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 27세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 27세 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 갱신했을 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]

신입원특약N(갱신했을 경우,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 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 끝나고 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.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제6관 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.
- ④ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1 재해분류표
주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표2 장해분류표
주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표3 질병 및 재해분류표
신입원특약K(무배당) 약관의 (별표1)과 동일

별표4 응급증상 및 이에 준하는 증상

1. 응급증상

- 가. 신경학적 응급증상 : 급성뇌신장장애, 급성신경학적 이상, 구토 · 의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
- 나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
- 다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물 · 알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전 · 신부전 · 당뇨병 등)
- 라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염 · 장폐색증 · 급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성 · 다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 증상, 다발성 외상
- 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
- 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
- 사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
- 아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
- 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애

2. 응급증상에 준하는 증상

- 가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
- 나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
- 다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절 · 외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
- 라. 출혈 : 혈관손상
- 마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일 · 야간 등 의로서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
- 바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
- 사. 이물에 의한 응급증상 : 귀 · 눈 · 코 · 항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

별표5

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

구분	적립기간	적립이율
응급실내원진료비 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(40%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(60%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(80%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 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.

중환자실입원특약N(갱신형,무배당)[최대 100세 갱신형] 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: (별표2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 만료후 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 [“중환자실”의 정의]

이 특약에서 “중환자실”(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)이라 함은 「의료법 시행규칙 제34조 (의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 별표4(의료기관의 시설규격) 2.중환자실」에 부합하는 입원치료실(별표4 참조)을 말합니다.

제2조의4 [“입원”의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 함)가 피보험자의 질병 및 재해분류표(별표1 참조)에서 정한 질병 또는 재해의 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.

제2조의5 [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(별표1 참조)에서 정한 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 중환자실에 입원하였을 때에는 보험수익자에게 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.2%를 “중환자실입원보험금”으로 지급합니다.

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

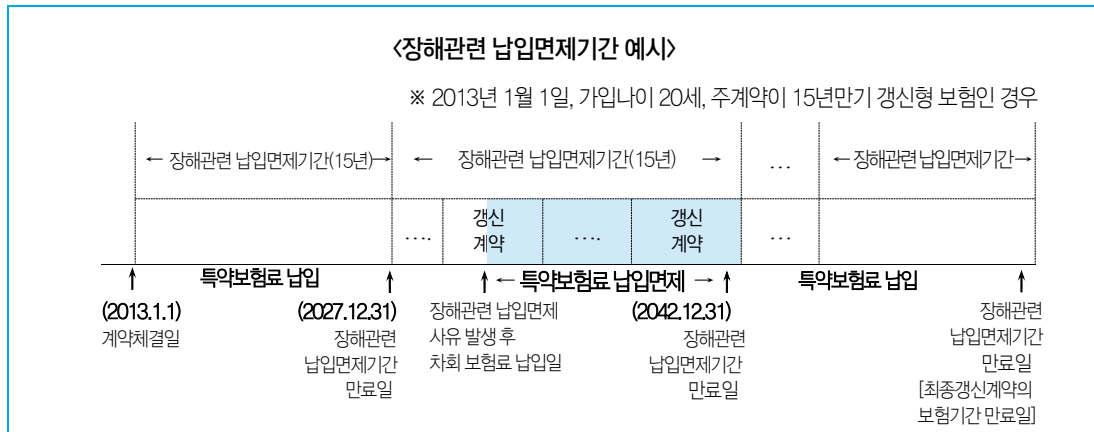
① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우(단, 주계약이 유효한 경우에 한합니다)에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

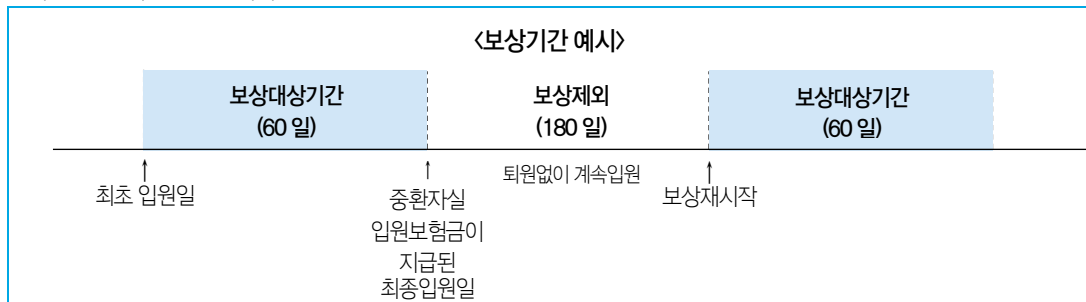
③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장애상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장애관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장애관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다

⑤ 「장애관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장애관련 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 「장애관련 납입면제기간」으로 합니다.



- ⑥ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑦ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 중환자실입원보험금의 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고 한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 60일을 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 중환자실입원보험금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 중환자실입원보험금이 지급된 최종 입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 중환자실입원보험금이 지급된 최종 입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑩ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 중환자실입원보험금의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제7항에 따라 계속 중환자실입원보험금을 지급합니다.
- ⑪ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 중환자실입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑫ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제3항 및 제4항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑬ 제12항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑭ 제13항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑮ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우

부활(효력회복)을 청약한 날을 제13항의 청약일로 하여 적용합니다.

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(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑯ 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.

⑰ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑱ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

㉑ 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.

㉒ 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.

㉓ 제21항에도 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.

㉔ 장해분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

㉕ 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병 또는 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 중환자실입원보험금을 지급합니다.

㉖ 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.

㉗ 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[입원확인서(중환자실 입원기간 기입), 장해진단서, 사망진단서 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포

함)

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 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) 제25항 및 제26항에 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]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약(講約)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.

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 자격상실일로부터 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 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[이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)에

서 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]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 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 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]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표 1 질병 및 재해분류표
신입원특약K(무배당) 약관의 (별표 1)과 동일

별표 2 재해분류표
주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표 3 장애분류표
주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표 4 **의료기관의 시설규격(중환자실)**

“의료법」시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 시설규격)에 따른 별표4(의료기관의 시설규격) 2. 중환자실”의

시설규격은 다음과 같습니다.

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
- 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
- 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
- 라. 병상 1개당 면적은 10제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간(중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다)을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료를 갖추어야 한다.
- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

별표5

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

구 분	기 간	적립이율
중환자실입원보험금 (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

- (주) 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.

치아보존치료특약K(갱신형,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. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 [“치아”의 정의]

이 특약에서 “치아(齒牙)”라 함은 다음에서 정한 “유치”와 “영구치”를 말합니다. “유치”라 함은 젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아(젖니 또는 탈락치)를 말하며, “영구치”라 함은 유치가 빠진 후 나는 자연치아[간니 또는 성치(成齒)]를 말합니다. 다만, 제3대구니(사랑니), 과잉치[치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아] 및 선천성 기형치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.

제2조의4 [“치아우식증(충치)” 및 “치주질환(잇몸질환)”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에서 “치아우식증(충치)”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 분류코드 K02[치아우식(충치)], K04[치수 및 근단주위조직의 질환]에 해당하는 것으로 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말하며, 일반적으로 충치라고 합니다.
- ② 이 특약에서 “치주질환(잇몸질환)”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 분류코드 K05[치은염(잇몸염) 및 치주질환(잇몸질환)]에 해당하는 것으로 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분되며, 염증 반응이 치은 조직에만 국한되었을 경우에는 치은(잇몸)염이라 하고, 치은(잇몸)염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말하며, 일반적으로 잇몸질환이라 합니다.
- ③ “치아우식증(충치)” 또는 “치주질환(잇몸질환)”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 치과병원, 치과의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 치과 의사 자격을 가진 자(이하 “치과 의사”라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.
- ④ 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 제1항 및 제2항의 질병 이외에 추가로 제1항 및 제2항의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

제2조의5 [“보존치료”의 정의]

이 특약에서 “보존치료”라 함은 치과 의사에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병원·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 유치 또는 영구치에 손상이 생기는 경우에 손상된 부위를 원상 회복시켜 형태학적, 기능적 복구를 도모하는 치료로서, 아말감, 글래스아이노머, 복합레진, 인레이, 온레이 또는 크라운 등을 이용하여 해당 치아의 손상된 부분을 보강하는 치료를 받는 경우를 말합니다. 다만, 상기 치과재료와 유사하거나 동등하다고 회사가 인정하는 치료방법이 있을 경우에는 그 치료방법도 보상하는 것으로 합니다.

- 아말감(Amalgam)이란, 치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 구리, 주석, 은 등의 합금과 수은의 혼합체를 말합니다.
- 글래스아이노머(Glass ionomer : G.I)란, 치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 주로 산 부식 처리가 필요 없는 화학 접착으로 처리된 치과재료를 말합니다.
- 복합레진(Composite Resin)이란 구강 충전 혹은 수복재료로 사용되는 치과용 플라스틱 레진(수지)을 말합니다.
- 인레이(Inlay) 또는 온레이(Onlay)란, 제거된 충치부위의 본을 떠서 치과용 합금[치과용 플라스틱 레진(수지) 제외]을 이용하여 장착하는 방식으로 치아의 일부를 회복하는 치료방법을 말합니다.
- 크라운(Crown)이란, 치관장착 치료를 말하며 치아의 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료를 말합니다.

제2조의6 [특약의 보장개시일]

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

제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 영구치에 대하여 “치아우식증(충치)” 및 “치주질환(잇몸질환)”으로 진단 확정

(단, 크라운의 경우 연간 3개를 한도로 지급)

- ### 조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장애상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장애관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장애관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자의 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상인 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

〈장해관련 납입면제기간 예시〉

← 장해관련 납입면제기간(15년) → ← 장해관련 납입면제기간(15년) → ... ← 장해관련 납입면제기간 →

... 갱신 계약 ... 갱신 계약 ...

↑ 특약보험료 납입 ↑ 특약보험료 납입면제 ↑ 특약보험료 납입 ↑

(2013.1.1) (2027.12.31) (2042.12.31) 장해관련 납입면제기간 만료일

계약체결일 장해관련 납입면제기간 만료일 장해관련 납입면제기간 만료일

장해관련 납입면제 사유 발생 후 차회 보험료 납입일 장해관련 납입면제기간 만료일

[최종갱신계약의 보험기간 만료일]

⑧ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

332

- ⑩ 제3항 및 제4항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 "한시장애"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑪ 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑬ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제3항 및 제4항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑭ 제13항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부턴 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑮ 제14항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑯ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제14항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑰ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑱ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병[치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환)]으로 1개의 치아에 2회 이상의 보존치료를 받은 경우 하나의 질병으로 보아 1회에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 보존치료가 종료된 날부터 그 날을 포함하여 180일이 경과하여 보존치료를 개시한 경우에는 새로운 질병으로 봅니다.
- ⑲ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 이미 보존치료를 받은 영구치 또는 유치에 대하여 새로운 질병[치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환)]을 직접적인 원인으로 새로이 보존치료를 한 경우에도 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑳ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 치아에 대해 복합형태의 보존치료를 받은 경우 치아당 해당 보험금 중 가장 높은 한가지의 보험금만을 지급합니다.

〈예시〉

피보험자가 상악 어금니(영구치) 1개에 치아우식증(충치)이 발생하여 복합레진 보존치료를 받고 복합레진 보존치료가 종료되기 이전에 의사의 진단에 의하여 동일한 치아에 크라운 치료를 받은 경우, 해당 보존치료 종료시 크라운 치료에 대한 보험금만 지급합니다.

- ㉑ 피보험자가 보험기간 중 영구치 또는 유치에 대하여 보존치료가 필요하다는 진단을 받고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우로 해당 치아에 계속 보존치료를 받은 경우에는 특약의 효력이 없어진 이후에도 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
1. 치아우식증(충치)을 제거하고 임시보존치료를 받은 경우
 2. 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 신경치료를 시작한 경우
 3. 임시 크라운을 장착한 경우
- ㉒ 피보험자가 보험기간 중 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 치아의 보존치료가 필요하다는 진단을 받았으나 치과 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료 후 치료를 계속하는 경우, 보험기간 종료 후 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일 이내) 이내의 치료는 보험기간이 종료된 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ㉓ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 다음 각 호에 해당하는 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 외상에 의한 치아손상(치아파절 등), 치아교모증, 치경부 마모증, 치열교정 준비 등 치아우식증(충치)이나 치주질환(잇몸질환) 이외의 원인으로 치과치료를 받은 경우

2. 치아수복물을 수리, 복구, 대체하는 경우
3. 다른 치과치료를 위하여 임시 치과치료를 한 경우
4. 라미네이트 등 미용 상의 치료

㉔ 제3조(보험금의 지급사유), 제21항 및 제22항의 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일로 합니다.

〈예시〉

2016년 2월 1일에 계약을 체결한 피보험자가 보험기간 중 영구치 1개에 치아우식증(충치)을 진단 받고, 해당 치아에 대하여 2017년 1월 27일에 크라운 치료를 시작하여 2017년 2월 3일에 치료가 종료된 경우, 해당 크라운 치료는 1차년도 연간(2016.2.1 ~ 2017.1.31) 보상한도에 산정되며, 2차년도 연간(2017.2.1 ~ 2018.1.31) 보상한도에는 산정되지 않습니다.

㉕ 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.

㉖ 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, 사망진단서 등)
3. 치과치료관련 증명서
 - 가. 아래 내용이 포함된 치과치료 진단서
 - (1) 치료한 치아의 명칭 및 위치 또는 치아번호
 - (2) 해당 치아의 내원 당시의 치아상태
 - (3) 직접적인 치아의 치료원인
 - (4) 치료받은 치과치료의 종류(충전치료재료 포함)
 - (5) 치과치료 진단확정일, 치료시작일 및 치료종료(예정)일
 - 나. 치과진료기록 사본
- 다. 회사가 상기 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하여 추가로 요청하는 구강 내 사진 또는 이에 준하는 판독 자료
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 및 제3호의 사고증명서 및 치과치료관련 증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이

나 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 아래의 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) 제25항 및 제26항에 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 자녀형 중 선택하여 청약(講約)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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 자녀형에 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. 자녀형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함)중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.
- ② 자녀형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함)의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

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, 본인형에서 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 30세 계약해당일 이후인 때에는 피보험자의 30세 계약해당일의 전일로 하며, 자녀형에서 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 27세 계약해당일 이후인 때에는 피보험자의 27세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 만료일이 (2)에서 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”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 이자는 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자의 계

산방식과 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

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

3. 피보험자의 영구치 및 유치가 모두 상실되어 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

② 제1항 제2호의 '사망'에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제6관 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.
- ④ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표 1

보험금 지급기준표

□ 영구치보존치료보험금(약관 제3조 제1호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 영구치에 대하여 “치아우식증(충치)” 및 “치주질환(잇몸질환)”으로 진단 확정되고 그 “치아우식증(충치)” 및 “치주질환(잇몸질환)”의 직접적인 치료를 목적으로 해당 영구치에 “보존치료”를 받은 경우	
지급금액	(기준: 특약보험가입금액)	
	크라운(연간 3개 한도)	1%
	인레이, 온레이	1%
	복합레진	0.5%
	아말감, 글래스아이노머	0.1%

□ 유치보존치료보험금(약관 제3조 제2호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 유치에 대하여 “치아우식증(충치)” 및 “치주질환(잇몸질환)”으로 진단 확정되고 그 “치아우식증(충치)” 및 “치주질환(잇몸질환)”의 직접적인 치료를 목적으로 해당 유치에 “보존치료”를 받은 경우	
지급금액	(기준: 특약보험가입금액)	
	크라운(연간 3개 한도)	0.5%
	인레이, 온레이	0.5%
	복합레진	0.25%
	아말감, 글래스아이노머	0.05%

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
영구치보존치료보험금, 유치보존치료보험금 (제3조 제1호 및 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	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 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.

어린이수술보장특약K(갱신형,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. 장애: (별표2) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 [“수술”의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의

질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 수술하는 것을 말합니다. 이 때 수술이란 <1~5종 수술 분류표> (별표1 참조)에서 정한 행위【기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술 및 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査)] 및 발정술(拔釘術)등 내고정물 제거술 등은 제외】를 하는 것을 말합니다.

용어 해설	<신의료기술평가위원회> 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 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]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2조의3(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받았을 때에는 보험수익자에게 수술종류에 따라 다음과 같이 수술보험금을 지급합니다.

(기준 : 특약보험가입금액)

구 분	지급액
1종 수술	수술1회당 1.0%
2종 수술	수술1회당 3.0%
3종 수술	수술1회당 5.0%
4종 수술	수술1회당 10.0%
5종 수술	수술1회당 30.0%

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 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 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 장애상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장애관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장애관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다

<장해관련 납입면제기간 예시>

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

The diagram illustrates the timeline for premium payment suspension in a disability insurance policy. It shows a 15-year initial suspension period from 2013.1.1 to 2027.12.31. Following a claim, there is a suspension period until 2042.12.31, which includes a 5-year renewal period. The timeline ends with a final 15-year suspension period.

⑦ 제6항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간 이 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 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 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(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제3항 및 제4항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

342

따라 보장합니다.

⑬ 제16항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑭ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제13항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑮ 장해분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑯ 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.

⑰ 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(수술증명서, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 지급사유 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.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 자녀형 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 않

습니다.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 자녀형에 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. 자녀형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함) 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.
- ② 자녀형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함)의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

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 경우 연금개시전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간, 이하 같습니다] 만료일」로 합니다. 단, 본인형의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 30세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 30세 계약해당일의 전일로 하며, 자녀형에서 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 27세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 27세 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 송납 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 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 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.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제6관 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.
- ④ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표 1

〈1~5종 수술 분류표〉

I. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25cm ² 이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25cm ² 미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함][치(齒) · 치 은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처 치, 임플란트 (Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靱帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계 · 흉부 (胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]	4

구분	수술명	수술종류
순환기계 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(脾臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장 봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈근본수술은 제외	4
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1

구분	수술명	수술종류
비뇨기계· 생식기계의 수술 (인공임신 중절수술은 제외함)	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경 요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]	4
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	47. 방광류·요실금 교정수술	1
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	50. 고환(睪丸), 부고환(副睪丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선 (前立腺)관혈수술	2
	51. 음낭관혈수술	1
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
내분비기계의 수술	55. 질탈(膺脫)근본수술	1
	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
신경계의 수술	58. 부신(副腎) 절제수술	4
	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	60. 신경(神經) 관혈수술	2
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)	1
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	68. 각막, 공막 이식수술	2
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2

구분	수술명	수술종류
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充填術)	3
	76. 안와내종양절제수술	3
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	78. 안근(眼筋)관혈수술	1
청각기(聽覺器) 의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	81. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2
	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	83. 내이(內耳) 관혈수술	3
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L.) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	2
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) · 고주파 전극 등 에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
	88-1. 뇌, 심장	3
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가 락, 발가락은 제외)	2
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

(주) 상기 1 ~ 87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다.

다만, 복강경 · 흉강경에 의한 수술은 해당부위(1 ~ 87항)의 수술로 적용합니다.

II. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44)	5 3
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3

- (주) 1. 제자리암 · 경계성종양에 대한 수술은 'I. 일반 질병 및 재해치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인 · 천자 · 약물주입요법은 포함하지 않습니다.
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다. 다만, 조혈 모세포이식수술(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입의 일련의 과정을 포함하여 하나의 수술로 봄)을 제외한 근치수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

III. 악성신생물 근치 · 두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목	수술종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

- (주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(1~5종 수술분류표 사용 지침)

1. ‘수술’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 수술하는 것을 말합니다. 이 때 수술이란 <1~5종 수술분류표>에서 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]]을 말합니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)] 및 발정술(拔釘術)등 내고정물 제거술 등은 제외하는 것을 말합니다.
2. ‘관혈(觀血)’수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. ‘근본(根本)’ 혹은 ‘근치(根治)’수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. ‘관혈적 악성신생물 근치수술’이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제 또는 적출하고 혹은 광청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. <1~5종 수술분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
<1~5종 수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 “수술”의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선 조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
 - (1) <1~5종 수술분류표> 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 <1~5종 수술분류표> 상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신 수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
 - (2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표> 중 'I. 일반 질병 및 재해치료 목적의 수술' 88항 (악성신생물의 경우는 'II. 악성신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.
6. ‘악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료’라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
7. ‘두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife) 정위적 방사선 치료’라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사선 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
8. 다음과 같은 수술은 수술보험금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
 - (1) 미용 성형상의 수술
 - (2) 피임(避妊) 목적의 수술
 - (3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
 - (4) 검사 및 진단을 위한 수술 [생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

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)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(40%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(60%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(80%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공사이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 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.

특정질병수술보장특약N(갱신형,무배당)[최대 100세 갱신형] 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: (별표6) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애: (별표7) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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, “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “제2조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암”, “제2조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발 부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- 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 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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 피부병자가 “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 병리와 전문의 자격을 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 피부병자가 “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 악성종양 세포가 점막 고유층(lamina propria)까지는 침범하지 않은 비침습 유두암(papillary carcinoma) 상태로 ‘AJCC 암병기 설정매뉴얼[AJCC (American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제7판’에서 정한 병기상 TaNOM0인 방광암을 말합니다.

〈비침습 방광암 예시〉	
이행상피세포층 (transitional epithelium) ☒	(점막층)
고유층(lamina propria)	
점막하층(submucosa)	
근육층(muscle)	
(☐ 악성종양세포 침범깊이)	
③ 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우	

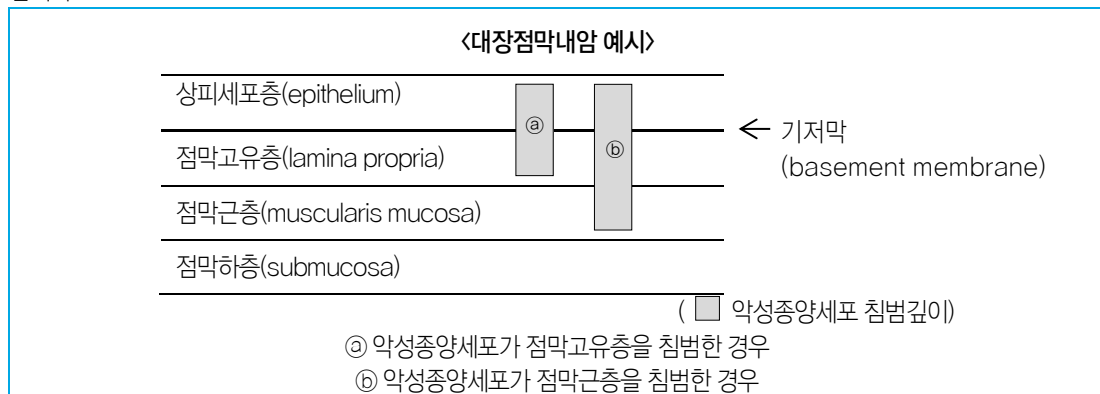
- ② 제1항의 AJCC 암병기 설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC

암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리와 전문의 자격을 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.



② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리와 전문의 자격을 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 병리와 전문의 자격을 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 [“4대중증질병”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “4대중증질병”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 별표5(4대중증질병 분류표)에서 정한 “뇌질환”, “심질환”, “간·췌장질환” 및 “폐질환”을 말합니다.

② “4대중증질병”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조의9 [“조혈모세포이식수술”의 정의]

이 특약에 있어서 “조혈모세포이식수술”이라 함은 골수부전상태 또는 악성종양을 근본적으로 치료할 목적으로 정상 조혈모세포를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 조혈모세포이식의료기관에서 항암화학요법, 면역억제제, 방사선 치료 또는 이와 동등한 효과를 가진 치료를 시행하여 피보험자의 병든 골수 및 면역기능을 제거한 후 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식을 시술하는 것을 말합니다. 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

1. “동종(allogenic)골수조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 주입하는 행위를 말합니다.
2. “동종(allogenic)말초조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 주입하는 행위를 말합니다.
3. “자가(autologous)골수조혈모세포이식”이라 함은 피보험자의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 주입하는 행위를 말합니다.
4. “자가(autologous)말초조혈모세포이식”이라 함은 피보험자의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 주입하는 행위를 말합니다.
5. “제대혈조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 주입하는 행위를 말합니다.

제2조의10 [“5대장기이식수술”의 정의]

이 특약에 있어서 “5대장기이식수술”이라 함은 5대장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관 또는 이와 동등하다고 회사에서 인정한 의료기관에서 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부장기를 적출하여 장기부전상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스 소도 세포 이식수술은 보장에서 제외합니다.

제2조의11 [“수술”의 정의와 장소]

① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 「암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 비침습 방광암, 대장점막내암, 뇌혈관질환, 심질환, 간·췌장질환 또는 폐질환」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다. 이 때 수술이란, 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 (향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술 및 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등]는 제외됩니다.

[신의료기술평가위원회]

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

또한, 이 특약에서 말하는 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) 및 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함합니다.
- ② 제1항의 “수술”은 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다.
- ③ 제2항의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의의 자격을 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.

④ 제2항의“항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격을 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. 단, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의“수술”에서도 제외됩니다.

제2조의12 [특약의 보장개시일]

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

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 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”의 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술, 내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술을 받은 경우 : 암수술보험금
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2조의8(“4대중증질병”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “뇌질환”, “심질환”, “간·췌장질환” 또는 “폐질환”의 직접적인 치료를 목적으로 해당부위에 직접적인 조작을 가하는 관혈수술, 내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술을 받은 경우 : 4대중증질병수술보험금
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “조혈모세포이식수술”을 받은 경우(단, 조혈모세포공여자에 대한 수술은 제외) : 조혈모세포이식수술보험금(1회에 한합니다)
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간중 “5대장기이식수술”을 받은 경우(단, 5대장기공여자에 대한 수술은 제외) : 5대장기이식수술보험금(1회에 한합니다)

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 장애분류표(별표7 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 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 장애상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장애관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장애관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자의 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상인 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장애관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장애관련 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 「장애관련 납입면제기간」으로 합니다.

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

[illegible]

- ③ 제3조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 수술보험금은 “암(기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암, 비침습 방광암, 대장점막내암 포함)”, “뇌질환”, “심질환”, “간·췌장질환”, “폐질환” 각각에 대하여 특약보험가입금액의 30%를 최고한도로 하며, 최고한도를 초과한 수술에 대해서는 더 이상 수술보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제3조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우 갱신 전 계약의 보험기간 중 수술보험금이 지급된 경우에도 “갱신 계약”의 보험기간 중 “암(기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암, 비침습 방광암, 대장점막내암 포함)”, “뇌질환”, “심질환”, “간·췌장질환”, “폐질환” 각각에 대하여 특약보험가입금액의 30%를 최고한도로 수술보험금을 지급합니다.
- ⑧ 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에서 식도정맥류(한국표준질병·사인분류 중 분류번호 I85, I98.2 및 I98.3)에 대한 수술은 보장되지 않습니다.
- ⑨ 제3조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우 내시경수술, 카테터수술 및 신의료수술은 수술개시일부터 60일 이내 1회의 보험금을 지급한도로 하며, 60일이 지난 후 수술을 받은 경우 그 수술일을 새로운 수술개시일로 봅니다.
- ⑩ 항암방사선 및 항암약물치료는 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 암수술보험금이 지급되지 않습니다.
- ⑪ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제3항 및 제4항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 손해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑬ 제12항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑭ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제12항의 청약일로 하여 적용합니다.
- 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(별표7 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑯ 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.
- ⑰ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑱ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표7 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑲ 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.
- ⑳ 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해

당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표7 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉑ 제20항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표7 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표7 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉒ 장애분류표(별표7 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표7 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

㉓ 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.

㉔ 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.

㉕ 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[해당 질병 진단서(병명기입), 수술증명서, 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 장애인단서, 사망진단서 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 아래의 별표8(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) 제24항 및 제25항에 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]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형, 자녀형 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형, 자녀형에 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.
3. 자녀형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함)중 특약을 체결할 때 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 배우자형 및 자녀형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 또는 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함)의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 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, 본인형 및 배우자형에서 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 하며, 자녀형에서 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 27세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 27세 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 이자는 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방

식과 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]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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 포함 하며, 이하 같습니다)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

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 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.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제6관 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.
- ④ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 별표8(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항**제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]**

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

보험금 지급기준표**(1) 암수술보험금(약관 제3조 제1호)**

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암”, “비침습 방광암”, “대장점막내암”의 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술, 내시경수술, 카테터수술, 신의료수술을 받았을 경우
지급금액	◇ 관혈수술을 받았을 때 : 특약보험가입금액의 30% ◇ 내시경수술, 카테터수술, 신의료수술을 받았을 때(최대 3회에 한함) : 1회당 특약보험가입금액의 10% ※ 보험기간 중 암수술보험금의 지급한도는 특약보험가입금액의 30%를 한도로 하며, 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술은 관혈수술에 준하여 보험금 지급

(2) 4대중증질병수술보험금(약관 제3조 제2호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 별표5에서 정한 “4대중증질병[뇌질환, 심질환, 간·췌장질환 및 폐질환]”의 직접적인 치료를 목적으로 해당부위에 직접적인 조작을 가하는 관혈수술, 내시경수술, 카테터수술, 신의료수술을 받았을 경우
지급금액	◇ 관혈수술을 받았을 때 : 특약보험가입금액의 30% ◇ 내시경수술, 카테터수술, 신의료수술을 받았을 때(최대 3회에 한함) : 1회당 특약보험가입금액의 10% ※ 보험기간 중 4대중증질병수술보험금의 지급한도는 “뇌질환”, “심질환”, “간·췌장질환” 및 “폐질환” 각각에 대해 특약보험가입금액의 30%를 한도로 하며, 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술은 관혈수술에 준하여 보험금 지급

(3) 조혈모세포이식수술보험금(약관 제3조 제3호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “조혈모세포이식수술”을 받았을 경우 (1회에 한하며, 조혈모세포공여자에 대한 수술은 제외)
지급금액	특약보험가입금액의 30%

(4) 5대장기이식수술보험금(약관 제3조 제4호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “5대장기이식수술”을 받았을 경우 (1회에 한하며, 5대장기공여자에 대한 수술은 제외)
지급금액	특약보험가입금액의 50%

- (※) 1. (2)에서 식도정맥류(분류번호 185, 198.2 및 198.3)에 대한 수술은 보장되지 않습니다.
2. (1) 및 (2)의 경우, “암(기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암, 비침습 방광암, 대장점막내암 포함)”, “뇌질환”, “심질환”, “간·췌장질환”, “폐질환” 각각에 대하여 특약보험가입금액의 30%를 최고한도로 하며, 최고한도를 초과한 수술에 대해서는 더 이상 수술보험금을 지급하지 않습니다.
3. (1) 및 (2)의 내시경수술, 카테터수술 및 신의료수술의 경우 수술개시일로부터 60일 안에 1회의 보험금을 지급한도로 하며, 60일이 지난 후 수술을 받은 경우 그 수술일을 새로운 수술개시일로 봅니다.
4. (1) 및 (2)의 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 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함합니다.
5. 항암방사선 및 항암약물치료는 암수술보험금이 지급되지 않습니다.
6. 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 악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)
주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표3 제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)
암진단특약K(무배당) 약관의 (별표3)과 동일

별표4 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표
암진단특약K(무배당) 약관의 (별표4)와 동일

4대중증질병 분류표

약관에 규정하는 “4대중증질병”으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상이 되는 질병	분류번호
뇌질환	· 지주막하 출혈	I60
	· 뇌내출혈	I61
	· 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
	· 뇌경색증	I63
	· 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	· 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	· 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	· 기타 뇌혈관 질환	I67
	· 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
	· 뇌혈관 질환의 후유증	I69
	· 두개내 손상	S06
	· 수막의 양성신생물	D32
	· 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성신생물	D33
	· 뇌하수체의 양성신생물	D35.2
	· 두개인두관의 양성신생물	D35.3
	· 송과선의 양성신생물	D35.4
심질환	· 심장 침범이 있는 류마티스 열	I01
	· 류마티스무도병	I02
	· 류마티스성 승모판질환	I05
	· 류마티스성 대동맥판질환	I06
	· 류마티스성 삼첨판질환	I07
	· 다발판막질환	I08
	· 기타 류마티스심장질환	I09

심질환	· 협심증	I20
	· 급성 심근경색증	I21
	· 후속 심근경색증	I22
	· 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	· 기타 급성 허혈심장질환	I24
	· 만성 허혈심장병	I25
	· 폐 색전증	I26
	· 기타 폐성 심장 질환	I27
	· 폐혈관의 기타 질환	I28
	· 급성 심장막염	I30
	· 심장막의 기타 질환	I31
	· 달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	· 급성 및 아급성 심내막염	I33
	· 비류마티스성 승모판 장애	I34
	· 비류마티스성 대동맥판 장애	I35
	· 비류마티스성 삼첨판 장애	I36
	· 폐동맥판장애	I37
	· 상세불명 판막의 심내막염	I38
	· 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
	· 칸디다심내막염	B37.6
	· 급성 심근염	I40
	· 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	· 심근병증	I42
	· 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
	· 방실차단 및 좌각차단	I44
	· 기타 전도장애	I45
	· 심장정지	I46
	· 발작성 빈맥	I47
	· 심방세동 및 조동	I48
	· 기타 심장부정맥	I49
	· 심부전	I50
	· 심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	· 달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
	· 수막구균성 심장병	A39.5
	· 대동맥동맥류 및 박리	I71
	· 흉부 혈관의 손상	S25
	· 심장의 손상	S26
	· 심장의 양성 신생물	D15.1

간 · 췌장질환	· 알콜성 간질환	K70
	· 독성간질환	K71
	· 달리 분류되지 않는 간부전	K72
	· 달리 분류되지 않는 만성 간염	K73
	· 간의 섬유증 및 경변증	K74
	· 기타 염증성 간질환	K75
	· 간의 기타 질환	K76
	· 달리 분류된 질환에서의 간장애	K77
	· 거대세포바이러스간염	B25.1
	· 톡소포자충감염	B58.1
	· 급성 췌장염	K85
	· 췌장의 기타 질환	K86
	· 복부대동맥의 손상	S35.0
	· 복강내기관의 손상	S36
	· 간의 양성 신생물	D13.4
	· 간외담관의 양성 신생물	D13.5
	· 췌장의 양성 신생물(내분비 췌장은 제외)	D13.6
	· 내분비췌장의 양성 신생물	D13.7
폐질환	· 폐기종	J43
	· 기타 만성 폐색성 폐질환	J44
	· 천식	J45
	· 천식지속상태	J46
	· 기관지확장증	J47
	· 폐 및 종격의 농양	J85
	· 농흉	J86
	· 달리 분류되지 않은 흉막삼출액	J90
	· 달리 분류된 병태에서의 흉막삼출액	J91
	· 흉막판	J92
	· 기흉	J93
	· 기타 흉막의 병태	J94
	· 기관의 양성 신생물	D14.2
	· 기관지 및 폐의 양성 신생물	D14.3

- (주) 1. 제8차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 심질환의 경우 “심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열”(분류번호 I00) 및 “고혈압성 질환”(분류번호 I10~I15)은 상기 분류표에서 제외됩니다.
3. 간 · 췌장질환의 경우 “담석증”(분류번호 K80), “담낭염”(분류번호 K81), “담낭의 기타 질환”(분류번호 K82), “담도의 기타질환”(분류번호 K83), “달리 분류된 질환에서의 담낭, 담도 및 췌장의 장애”(분류번호 K87) 및 “바이러스 감염”(분류번호 B15~B19)은 상기 분류표에서 제외됩니다.
4. 폐질환의 경우 “급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염”(분류번호 J40), “단순성 및 점액화농성 만성 기관지염”(분류번호 J41), “상세불명의 만성 기관지염”(분류번호 J42), “외부요인에 의한 폐질환”(분류번호 J60~70), “주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환”(분류번호 J80~84) 및 “호흡계통의 기타 질환”(분류번호 J95~99)은 상기 분류표에서 제외됩니다.

별표6 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표7 장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표8

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

구분	적립기간	적립이율
암수술보험금, 4대중증질병수술보험금, 조혈모세포이식수술보험금, 5대장기이식수술보험금 (제3조 제1호 에서 제4호)	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

- (주) 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.

항암방사선·약물치료특약N(갱신형,무배당)[최대 100세 갱신형] 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: (별표3) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애: (별표4) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 갱신시점)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 및 갑상선암 제

외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발 부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- 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 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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.

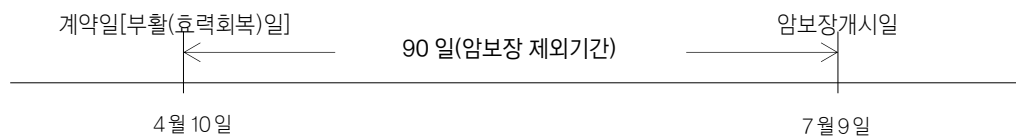
제2조의4 [“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의]

- ① 이 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격을 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 자격을 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.

제2조의5 [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 계약일 부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(단, 계약일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 계약일, 이하 “암 보장개시일”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 날(단, 부활(효력회복)일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일)로 합니다.

〈암보장개시일 예시〉



- ※ 피보험자가 15세 미만인 경우 보장개시일은 보험계약일과 같습니다.
- ※ 기타피부암 또는 갑상선암의 경우 보장개시일은 보험계약일과 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 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에“암”으로 진단이 확정되고 그“암”의 직접적인 치료를 목적으로“항암방사선치료”또는“항암약물치료”를 받은 경우(다만,“항암방사선치료”또는“항암약물치료”둘 중 최초 1회에 한하여 지급)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중“기타피부암”또는“갑상선암”으로 진단이 확정되고“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]

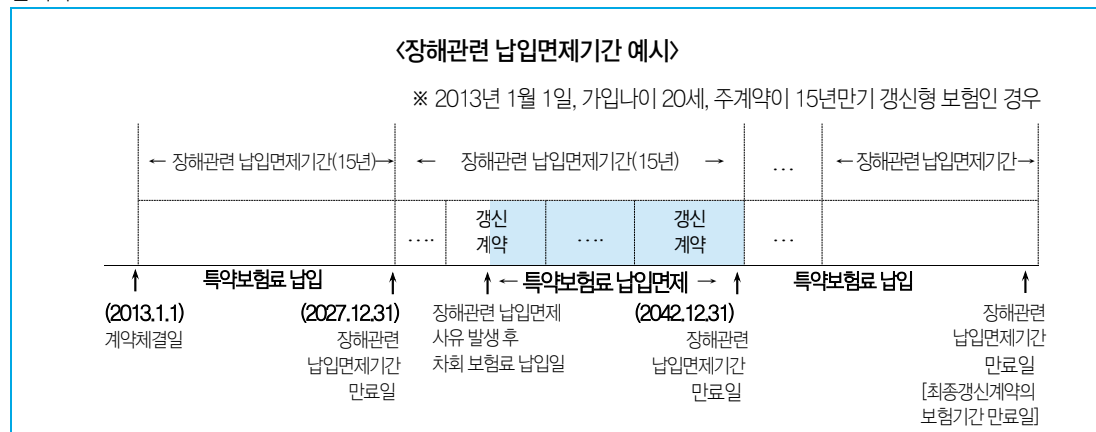
① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우(단, 주계약이 유효한 경우에 한합니다)에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

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 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.



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 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기

간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제3항 및 제4항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑨ 제7항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑩ 제8항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑪ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑫ 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.

⑬ 제11항에 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.

⑭ 이 특약에서「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑮ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표4 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑯ 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.

⑰ 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.

⑱ 제16항에도 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.

⑲ 장해분류표(별표4 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표4 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑳ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따라 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 따라 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, 장애인단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 아래의 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 지급사유와 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제19항 및 제20항에 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형, 자녀형 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형, 자녀형에 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.
 3. 자녀형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함)중 특약을 체결할 때 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 배우자형 및 자녀형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 또는 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함)의 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, 본인형 및 배우자형에서 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 하며, 자녀형에서 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 27세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 27세 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
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 해당금액을 지급합니다.

⑦ 제6항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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 포함 하며, 이하 같습니다)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 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 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.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 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 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 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. 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날[단, 부활(효력회복)일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 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]

- 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.

④ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

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

② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표

[항암방사선 · 약물치료보험금(약관 제3조)]

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되고 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 이 특약의 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단이 확정되고 “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%

(주) 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 날(단, 계약일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 계약일)로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 단, 부활(효력회복)특약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(단, 부활(효력회복)일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일)입니다.

3. “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료”의 경우 둘 중 최초 1회에 한하여 보장하므로, 둘 중 하나에 해당하여 항암 방사선·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.

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(일차성) 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

- (주) 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 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원 발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

별표3 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표4 장애분류표

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

- (주) 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.

저체중아입원특약K(무배당) 약관

제1 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. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 체결 시점의 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“입원”의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 질병의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

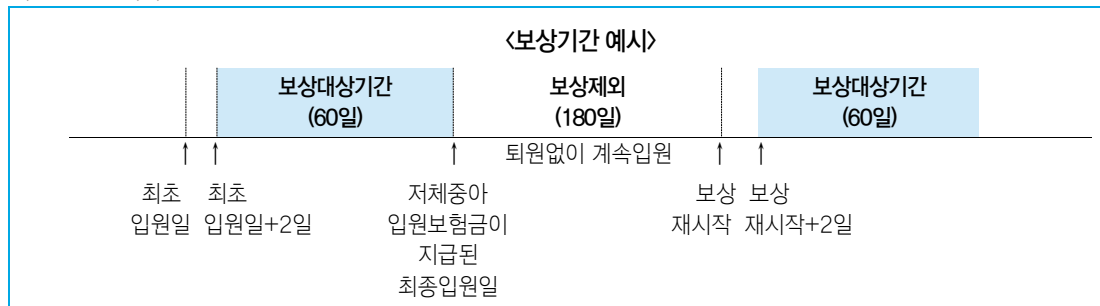
제 2 관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 출생시 체중이 2.0kg미만이고 이 특약의 보험기간 중 별표1(저체중아 대상 분류표)에서 정하는 질병의 직접적인 치료를 목적으로 3일 이상 입원하였을 때에는 최초 2일을 제외한 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.1%를 보험수익자에게 “저체중아입원보험금”으로 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 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병으로 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ④ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 “저체중아입원보험금”의 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고한도로 합니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 “저체중아입원보험금”의 지급사유에 해당하는 입원기간 중 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제4항에 따라 계속 “저체중아입원보험금”을 지급합니다.
- ⑥ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병으로 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제4항을 적용합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 질병에 의한 입원이라도 “저체중아입원보험금”이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 “저체중아입원보험금”이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 “저체중아입원보험금”이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑧ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 “저체중아입원보험금”의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑨ 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병으로 인한 “저체중아입원보험금”을 지급합니다.
- ⑩ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑪ 제10항에 따라 장애지급률이 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 장애상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑫ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑬ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신

체부위에서 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑭ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑮ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 제15항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑰ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

⑱ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑲ 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.

⑳ 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.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. 이 특약 가입시 계약자가 양수검사 등으로 태아의 이상 상태를 이미 알고 있었을 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, 해당 질병 진단서(병명기입), 출생증명서(신생아 몸무게 기재), 검사결과지, 진료기록부, 장애진단서, 사망진단서 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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)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) 제19항 및 제20항에 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 이 특약을 체결할 때 임신 23주 이내에 있는 임신부에 의하여 태어날 자녀로 하며, 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다
 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 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표 1

저체중아 대상 분류표

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

분류항목	분류번호
극단 저체중출산아	P07.0
출산시 체중 500g 미만	P07.00
출산시 체중 500-749g	P07.01
출산시 체중 750-999g	P07.02
상세불명 체중의 극단 저체중출산아	P07.09
기타 저체중출산아	P07.1
출산시 체중 1000-1249g	P07.10
출산시 체중 1250-1499g	P07.11
출산시 체중 1500-1749g	P07.12
출산시 체중 1750-1999g	P07.13
상세불명 체중의 기타 저체중출산아	P07.19
초미숙 : 임신후 28 주(196 일) 미만	P07.2
23 주 미만 초미숙	P07.20
23 주 초미숙	P07.21
24 주 초미숙	P07.22
25 주 초미숙	P07.23
26 주 초미숙	P07.24
27 주 초미숙	P07.25
상세불명 주수의 초미숙	P07.29
기타 조산아 : 임신후 28 주 이상 37 주(196 일 이상 259 일) 미만	P07.3
28-31 주 조산아	P07.30
32-36 주 조산아	P07.31
상세불명 주수의 기타 조산아	P07.39

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

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)**

구 분	기 간	적립이율
저체중아입원보험금 (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

- (주) 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.

선천이상입원특약K(무배당) 약관

제1 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. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 체결 시점의 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“선천이상”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “선천이상”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1(선천이상 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “선천이상”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조의4 [“입원”의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자가 피보험자의 “선천이상”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말

합니다.

제2조의5 [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 “선천이상”으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 “선천이상”의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우에는 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.2%를 보험수익자에게 “선천이상 입원보험금”으로 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 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병으로 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ④ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 “선천이상입원보험금”의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 “선천이상입원보험금”의 지급사유에 해당하는 입원기간 중 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제4항에 따라 계속 “선천이상입원보험금”을 지급합니다.
- ⑥ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병으로 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제4항을 적용합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 질병에 의한 입원이라도 “선천이상입원보험금”이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 “선천이상입원보험금”이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 “선천이상입원보험금”이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.

〈보상기간 예시〉		
보상대상기간 (120일)	보상제외 (180일)	보상대상기간 (120일)
↑ 최초입원일	↑ 퇴원없이 계속입원	↑ 보상재시작
	선천이상입원보험금이 지급된 최종입원일	

- ⑧ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 “선천이상입원보험금”의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑨ 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병으로 인한 “선천이상입원보험금”을 지급합니다.
- ⑩ 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(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑪ 제10항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 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.

- ⑫ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑬ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑭ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑮ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑯ 제15항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑰ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑱ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑲ 제18항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑳ 제19항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉) 및 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ㉑ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제19항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ㉒ 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.
- ㉓ 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.
- ㉔ 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.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 이 특약 가입시 계약자가 양수검사 등으로 태아의 이상 상태를 이미 알고 있었을 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, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 지급사유와 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 이 특약을 체결할 때 임신 23주 이내에 있는 임신부에 의하여 태어날 자녀로 하며, 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다
 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 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1

선천이상 분류표

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

대 상 질 병 명	분류번호
· 신경계통의 선천기형	Q00-Q07
· 눈, 귀, 얼굴 및 목의 선천기형	Q10-Q18
· 순환계통의 선천기형	Q20-Q28
· 호흡계통의 선천기형	Q30-Q34
· 구순열 및 구개열	Q35-Q37
· 소화계통의 기타 선천기형	Q38-Q45
· 생식기관의 선천기형	Q50-Q56
· 비뇨계통의 선천기형	Q60-Q64
· 근골격계통의 선천기형 및 변형	Q65-Q79
· 기타 선천기형	Q80-Q89
· 달리 분류되지 않은 염색체이상	Q90-Q99

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

별표2 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표3 장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

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

구 분	기 간	적립이율
선천이상입원보험금 (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

- (주) 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.

선천이상수술(허유착증제외)특약K(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: (별표2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 체결 시점의 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“선천이상”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “선천이상”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1[선천이상 분류표(허유착증 제외)]에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “선천이상”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조의4 [“수술”의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 “선천이상”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 수술하는 것을 말합니다. 이 때 수술이란

기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 포함됩니다]을 말합니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치, 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 제외됩니다.

[신의료기술평가위원회]

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

제2조의5 [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 “선천이상”으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 “선천이상”의 직접적인 치료를 목적으로 수술하였을 경우에는 수술 1회당 특약보험가입금액의 10%를 보험수익자에게 “선천이상수술보험금”으로 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 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 따라 장애지급률이 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 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑤ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑧ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

- ⑪ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑬ 제12항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑭ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제12항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑮ 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.
- ⑯ 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.
- ⑰ 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.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 이 특약 가입시 계약자가 양수검사 등으로 태아의 이상 상태를 이미 알고 있었을 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, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장애인단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에 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 지

급하거나 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 지급사유와 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

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 이 특약을 체결할 때 임신 23주 이내에 있는 임신부에 의하여 태어날 자녀로 하며, 주계약의 피보험자(주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다)로 합니다.

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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)”에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 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 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1

선천이상 분류표(허유착증 제외)

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

대 상 질 병 명	분류번호
· 신경계통의 선천기형	Q00-Q07
· 눈, 귀, 얼굴 및 목의 선천기형	Q10-Q18
· 순환계통의 선천기형	Q20-Q28
· 호흡계통의 선천기형	Q30-Q34
· 구순열 및 구개열	Q35-Q37
· 소화계통의 기타 선천기형(허유착증 제외)	Q38-Q45(Q38.1 제외)
· 생식기관의 선천기형	Q50-Q56
· 비뇨계통의 선천기형	Q60-Q64
· 근골격계통의 선천기형 및 변형	Q65-Q79
· 기타 선천기형	Q80-Q89
· 달리 분류되지 않은 염색체이상	Q90-Q99

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

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)

구 분	기 간	적립이율
선천이상수술보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(40%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(60%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(80%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 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.

질병고도장애(1,2급)생활자금(선천성포함)특약K(갱신형,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: (별표5) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애: (별표6) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 [“질병장애” 및 “1급 또는 2급 장애인”의 정의]

- ① 이 특약에 있어서 “질병장애”라 함은 질병(선천성 포함)[한국표준질병·사인분류상의 (A00~R99, U00~U99)에

해당하는 질병을 말하며, 이하 “질병(선천성 포함)”이라 합니다]으로 인한 「장애인복지법 시행령」 제2조 및 「장애인복지법 시행규칙」 제2조에서 정한 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애, 자폐성장애, 정신장애, 신장장애, 심장장애, 간장애, 안면장애, 장루·요루장애, 호흡기장애, 뇌전증장애 중 하나 이상의 장애를 말합니다.

② 이 특약에 있어서 “1급 또는 2급 장애인”이라 함은 질병(선천성 포함)으로 인하여 「장애인복지법 시행령」 제2조 및 「장애인복지법 시행규칙」 제2조에서 정한 1급 또는 2급의 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 자폐성장애인, 정신장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인, 호흡기장애인, 뇌전증장애인)으로 등록된 경우[(별표1) “장애인의 종류 및 기준” 및 (별표2) “장애인의 장애등급표” 참조]를 말합니다.

제2조의4 [법령 등의 개정에 따른 계약 내용의 변경]

① 제2조의3(“질병장애” 및 “1급 또는 2급 장애인”의 정의)에서 정한 “장애인 및 장애등급의 판정기준”(이하 “장애 판정기준”이라 합니다)이 「장애인복지법」 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애인 및 장애등급을 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 법령의 개정으로 장애 판정기준이 폐지 또는 변경되어 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애 판정이 불가능한 경우 회사는 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 “장애”와 관련된 새로운 보장내용으로 이 계약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자 문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 및 보험료 변경내역 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경일 시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환 받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2조의5 [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 「피보험자가 특약의 보장개시일 이후에 발생한 질병(선천성 포함)으로 “질병장애”가 발생하고 “1급 또는 2급 장애인”이 된 경우」에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 10년 동안(10회) 매년 보험금 지급사유 발생해당일(단, 해당년도에 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 보험금 지급사유 발생해당일로 합니다)에 특약보험가입금액의 10%를 “질병고도장애(1,2급)생활자금”으로 지급합니다.

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

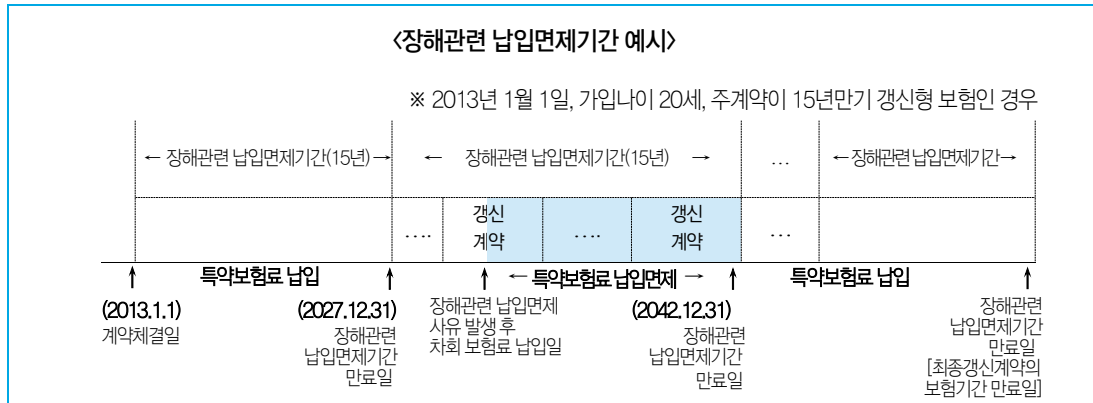
① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우(단, 주계약이 유효한 경우에 한합니다)에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(별표6 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 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 장애상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장애관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장애관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다

⑤ 「장애관련 납입면제기간」은 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'을 주기로 하며, 「장애관련 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 「장애관련 납입면제기간」으로 합니다.



⑥ 제3조(보험금의 지급사유)에서 피보험자의 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 끝나는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후 보건복지부 「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정시기(별표3 참조)에 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장애상태가 결정된 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 상태를 기준으로 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

⑦ 제3조(보험금의 지급사유)에서 장애인 등록이 완료되었을 때, 2종류 이상의 장애가 동시에 중복되어 있는 경우에는 중복장애 합산시 장애등급 상향조정표(별표4 참조)에 해당되는 보험금을 지급합니다.

⑧ “질병고도장애(1,2급)생활자금”을 보험수익자가 일시에 지급 받기를 원하는 경우 회사는 “평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액”과 “이 특약의 적용이율(보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 말하며, 이하 「적용이율」이라 합니다)을 연단위 복리로 할인한 금액”중 큰 금액을 일시에 지급합니다.

⑨ 제3항 및 제4항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표(별표6 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑩ 제9항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일로부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

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

⑫ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표6 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑬ 제3항 및 제4항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑭ 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표6 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제14항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표6 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표6 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 장애분류표(별표6 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표6 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

⑰ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제3항 및 제4항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑱ 제17항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑲ 제18항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑳ 제19조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제18항의 청약일로 하여 적용합니다.

㉑ 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.

㉒ 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

4. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

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, 장애진단서, 사망진단서 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

4. 장애인등록증

5. 장애등급결정서(2종류 이상의 장애가 중복되는 경우에 한합니다)

6. 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.

③ 제1항 제4호의 장애인등록증은 장애인복지법 시행규칙 제4조(장애인등록증 교부 등)에 의해 발급한 것으로 합니다.

④ 제1항 제5호의 장애등급결정서는 "장애인복지법 시행규칙 제3조(장애인의 등록신청 및 장애진단), 제6조(장애등급

조정), 제7조(장애상태 확인)”에 의한 「장애등급심사규정」 제12조(심사결과 및 통지) 제2항에 의해 발급한 것으로 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 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 제2회 이후 “질병고도장애(1,2급)생활자금”의 지급시기가 되면 지급 시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려 드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표7(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) 제21항 및 제22항에 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]

회사는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병고도장애(1,2급)생활자금을 일시에 지급하는 경우에 한해 “평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액”과 “적용이율을 연단위 복리로 할인한 금액”중 큰 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 이 특약을 체결할 때 임신 23주 이내에 있는 임신부에 의하여 태어날 자녀로 하며, 주계약의 피보험자와 같습니다.

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 30세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 30세 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

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

3. 이 특약의 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 “질병고도장애(1,2급)생활자금”의 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.
- ④ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1

장애인의 종류 및 기준

약관에 규정하는 장애인은 「장애인복지법 시행령 제2조(장애인의 종류 및 기준) 별표1」에서 정하는 기준을 따르며, 관련 법령이 변경되는 경우 변경된 내용을 적용합니다.

장애인의 종류	기준
1. 지체장애인	가. 한 팔, 한 다리 또는 몸통의 기능에 영속적인 장애가 있는 사람 나. 한 손의 엄지손가락을 지골(指骨: 손가락 뼈) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 두 개 이상의 손가락을 모두 제1지골관절 이상의 부위에서 잃은 사람 다. 한 다리를 리스프랑(Lisfranc : 발등뼈와 발목을 이어주는) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 라. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람 마. 한 손의 엄지손가락 기능을 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 손가락 두 개 이상의 기능을 잃은 사람 바. 왜소증으로 키가 심하게 작거나 척추에 현저한 변형 또는 기형이 있는 사람 사. 지체(肢體)에 위 각 목의 어느 하나에 해당하는 장애정도 이상의 장애가 있다고 인정되는 사람
2. 뇌병변장애인	뇌성마비, 외상성 뇌손상, 뇌졸중(腦卒中) 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 발생한 신체적 장애로 보행이나 일상생활의 동작 등에 상당한 제약을 받는 사람
3. 시각장애인	가. 나쁜 눈의 시력(만국식시력표에 따라 측정된 교정시력을 말한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람 나. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람 다. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람 라. 두 눈의 시야 2분의 1 이상을 잃은 사람
4. 청각장애인	가. 두 귀의 청력 손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람 나. 한 귀의 청력 손실이 80데시벨(dB) 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨(dB) 이상인 사람 다. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람 라. 평형 기능에 상당한 장애가 있는 사람
5. 언어장애인	음성 기능이나 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애가 있는 사람
6. 지적장애인	정신 발육이 항구적으로 지체되어 지적 능력의 발달이 불충분하거나 불완전하고 자신의 일을 처리하는 것과 사회생활에 적응하는 것이 상당히 곤란한 사람
7. 자폐성장아인	소아기 자폐증, 비전형적 자폐증에 따른 언어·신체표현·자기조절·사회적응 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람
8. 정신장애인	지속적인 정신분열병, 분열형 정동장애(精神分裂: 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애), 양극성 정동장애 및 반복성 우울장애에 따른 감정조절·행동·사고 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람
9. 신장장애인	신장의 기능부전(機能不全)으로 인하여 혈액투석이나 복막투석을 지속적으로 받아야 하거나 신장기능의 영속적인 장애로 인하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
10. 심장장애인	심장의 기능부전으로 인한 호흡곤란 등의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

장애인의 종류	기준
11 호흡기장애인	폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적 기능부전으로 인한 호흡기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
12. 간장애인	간의 만성적 기능부전과 그에 따른 합병증 등으로 인한 간기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
13. 안면장애인	안면 부위의 변형이나 기형으로 사회생활에 상당한 제약을 받는 사람
14. 장루·요루장애인	배변기능이나 배뇨기능의 장애로 인하여 장루(腸瘻) 또는 요루(尿瘻)를 시술하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
15. 뇌전증장애인	뇌전증에 의한 뇌신경세포의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람

별표2

장애인의 장애등급표

약관에 규정하는 장애인의 장애등급은 「장애인복지법 시행규칙 제2조(장애인의 장애등급 등) 별표1」에서 정하는 내용을 따르며, 관련 법령이 변경되는 경우 변경된 내용을 적용합니다.

1. 지체장애인

가. 신체의 일부를 잃은 사람

장애등급	내 용
제1급	1. 두 팔을 손목관절 이상의 부위에서 잃은 사람 2. 두 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람
제2급	1. 두 손의 손가락을 모두 잃은 사람 2. 한 팔을 팔꿈치관절 이상의 부위에서 잃은 사람 3. 두 다리를 발목관절 이상의 부위에서 잃은 사람
제3급	1. 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람 2. 한 손의 모든 손가락을 잃은 사람 3. 두 다리를 쇼파관절(chopart's joint) 이상의 부위에서 잃은 사람 4. 한 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람
제4급	1. 두 손의 엄지손가락을 잃은 사람 2. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람 3. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 세 손가락을 잃은 사람 4. 두 다리를 리스프랑관절(Lisfranc: 발등뼈와 발목을 이어주는 관절) 이상의 부위에서 잃은 사람 5. 한 다리를 발목관절 이상의 부위에서 잃은 사람

제5급	1. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 두 손가락을 잃은 사람 2. 한 손의 엄지손가락을 중수수지관절 이상의 부위에서 잃은 사람 3. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 세 손가락을 잃은 사람 4. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람 5. 한 다리를 쇼파관절 이상의 부위에서 잃은 사람
제6급	1. 한 손의 엄지손가락을 잃은 사람 2. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 두 손가락을 잃은 사람 3. 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 및 다섯째손가락을 모두 잃은 사람 4. 한 다리를 리스프랑관절 이상의 부위에서 잃은 사람

나. 관절장애가 있는 사람

장애등급	내 용
제1급	1. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 2. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
제2급	1. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 2. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 각각 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 3. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 4. 두 손의 모든 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람 5. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 각각 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 6. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
제3급	1. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 각각 2개관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 2. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람 3. 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람 4. 한 손의 모든 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람 5. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 6. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 7. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
제4급	1. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 한 관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 2. 두 손의 엄지손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람 3. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람 4. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람 5. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 4개 손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람 6. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 각각 2개관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 7. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람 8. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 9. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 10. 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 기능을 잃은 사람
제5급	1. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 2개관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 2. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람 3. 두 손의 엄지손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람 4. 한 손의 엄지손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람

	5. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람 6. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람 7. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 2개관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 8. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람 9. 두 발의 모든 발가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람 10. 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 11. 한 다리의 발목관절의 기능을 잃은 사람
제6급	1. 한 손의 엄지손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람 2. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 2개 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람 3. 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 그리고 다섯째손가락 모두의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람 4. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 한 관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 5. 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 6. 한 다리의 발목관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

다. 지체기능장애가 있는 사람

장애등급	내 용
제1급	1. 두 팔의 기능을 잃은 사람 2. 두 다리의 기능을 잃은 사람
제2급	1. 한 팔의 기능을 잃은 사람 2. 두 팔의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 3. 두 손의 모든 손가락의 기능을 잃은 사람 4. 두 다리의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 5. 경추와 흉요추의 기능을 잃은 사람
제3급	1. 두 팔의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 2. 두 손의 엄지손가락 및 둘째손가락의 기능을 잃은 사람 3. 한 손의 모든 손가락의 기능을 잃은 사람 4. 한 팔의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 5. 한 다리의 기능을 잃은 사람 6. 경추 또는 흉요추의 기능을 잃은 사람
제4급	1. 두 손의 엄지손가락의 기능을 잃은 사람 2. 한 손의 엄지손가락 및 둘째손가락의 기능을 잃은 사람 3. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 세 손가락의 기능을 잃은 사람 4. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 네 손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 5. 한 다리의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 6. 두 다리의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 7. 경추 또는 흉요추의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

제5급	1. 한 팔의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 2. 두 손의 엄지손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 3. 한 손의 엄지손가락의 기능을 잃은 사람 4. 한 손의 엄지손가락 및 둘째손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 5. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 세 손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 6. 한 다리의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 7. 두 발의 모든 발가락의 기능을 잃은 사람 8. 경추 또는 흉요추의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
제6급	1. 한 손의 엄지손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 2. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 두 손가락의 기능을 잃은 사람 3. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 두 손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 4. 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 및 다섯째손가락의 기능을 잃은 사람 5. 경추 또는 흉요추의 기능이 저하된 사람

라. 신체에 변형 등의 장애가 있는 사람

장애등급	내 용
제5급	한 다리가 건강한 다리보다 10센티미터 이상 짧거나 건강한 다리 길이의 10분의 1 이상 짧은 사람
제6급	1. 한 다리가 건강한 다리보다 5센티미터 이상 짧거나 건강한 다리 길이의 15분의 1 이상 짧은 사람 2. 척추측만증이 있으며, 만곡각도가 40도 이상인 사람 3. 척추후만증이 있으며, 만곡각도가 60도 이상인 사람 4. 성장이 멈춘 만 18세 이상의 남성으로서 신장이 145센티미터 이하인 사람 5. 성장이 멈춘 만 16세 이상의 여성으로서 신장이 140센티미터 이하인 사람 6. 연골무형성증으로 왜소증에 대한 증상이 뚜렷한 사람

2. 뇌병변장애인

장애등급	내 용
제1급	보행이 불가능하거나 일상생활동작을 거의 할 수 없어, 도움과 보호가 필요한 사람
제2급	1. 보행이 현저하게 제한되었거나 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람 2. 보행과 일상생활동작이 상당히 제한된 사람
제3급	1. 보행이 상당한 정도 제한되었거나 일상생활동작이 상당히 제한된 사람 2. 보행이 경중한 정도 제한되고 섬세한 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람
제4급	1. 보행이 경중한 정도 제한되었거나 섬세한 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람 2. 보행이 경미하게 제한되고 섬세한 일상생활동작이 상당히 제한된 사람
제5급	1. 보행이 경미하게 제한되었거나 섬세한 일상생활동작이 상당히 제한된 사람 2. 보행이 파행(跛行)을 보이고 섬세한 일상생활동작이 경중한 정도 제한된 사람
제6급	보행 시 파행을 보이거나 섬세한 일상생활동작이 경중한 정도 제한된 사람

3. 시각장애인

장애등급	내 용
제1급	좋은 눈의 시력(공인된 시력표에 의하여 측정된 것을 말하며, 굴절 이상이 있는 사람에 대하여는 최대 교정시력을 기준으로 한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람
제2급	좋은 눈의 시력이 0.04 이하인 사람
제3급	1. 좋은 눈의 시력이 0.06 이하인 사람 2. 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 5도 이하로 남은 사람
제4급	1. 좋은 눈의 시력이 0.1 이하인 사람 2. 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 10도 이하로 남은 사람
제5급	1. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람 2. 두 눈의 시야가 각각 정상시야의 50%이상 감소한 사람
제6급	나쁜 눈의 시력이 0.02 이하인 사람

4. 청각장애인

가. 청력을 잃은 사람

장애등급	내 용
제2급	두 귀의 청력을 각각 90데시벨(dB) 이상 잃은 사람(두 귀가 완전히 들리지 아니하는 사람)
제3급	두 귀의 청력을 각각 80데시벨(dB) 이상 잃은 사람(귀에 입을 대고 큰소리로 말을 하여도 듣지 못하는 사람)
제4급	1. 두 귀의 청력을 각각 70데시벨(dB) 이상 잃은 사람(귀에 대고 말을 하여야 들을 수 있는 사람) 2. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최대의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람
제5급	두 귀의 청력을 각각 60데시벨(dB) 이상 잃은 사람(40센티미터 이상의 거리에서 발생된 말소리를 듣지 못하는 사람)
제6급	한 귀의 청력을 80데시벨(dB) 이상 잃고, 다른 귀의 청력을 40데시벨(dB) 이상 잃은 사람

나. 평형기능에 장애가 있는 사람

장애등급	내 용
제3급	양측 평형기능의 소실로 두 눈을 뜨고 직선으로 10미터 이상을 지속적으로 걸을 수 없는 사람
제4급	양측 평형기능의 소실 또는 감소로 두 눈을 뜨고 10미터를 걸으려면 중간에 균형을 잡기 위하여 멈추어야 하는 사람
제5급	양측 평형기능의 감소로 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60센티미터 이상 벗어나며, 복합적인 신체운동은 어려운 사람

5. 언어장애인

장애등급	내 용
제3급	음성기능이나 언어기능을 잃은 사람
제4급	음성·언어만으로는 의사소통을 하기 곤란할 정도로 음성기능이나 언어기능에 현저한 장애가 있는 사람

6. 지적장애인

장애등급	내 용
제1급	지능지수가 35 미만인 사람으로서 일상생활과 사회생활에 적응하는 것이 현저하게 곤란하여 일생 동안 다른 사람의 보호가 필요한 사람
제2급	지능지수가 35 이상 50 미만인 사람으로서 일상생활의 단순한 행동을 훈련시킬 수 있고, 어느 정도의 감독과 도움을 받으면 복잡하지 아니하고 특수기술이 필요하지 아니한 직업을 가질 수 있는 사람
제3급	지능지수가 50 이상 70 이하인 사람으로서 교육을 통한 사회적·직업적 재활이 가능한 사람

7. 자폐성장애인

장애등급	내 용
제1급	ICD-10(International Classification of Diseases, 10th Version)의 진단기준에 따른 전반성발달장애(자폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 아니하고, 지능지수가 70 이하이며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람
제2급	ICD-10의 진단기준에 따른 전반성발달장애(자폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 아니하고, 지능지수가 70 이하이며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 해나가기 어려운 사람
제3급	제2급과 같은 특징을 가지고 있으나 지능지수가 71 이상이며, 기능 및 능력 장애로 인하여 일상생활 혹은 사회생활을 해나가기 위하여 간헐적으로 도움이 필요한 사람

8. 정신장애인

장애등급	내 용
제1급	- 정신분열병으로 망상, 환청, 사고장애 및 기괴한 행동 등의 양성증상이나 사회적 위축과 같은 음성증상이 심하고, 현저한 인격변화가 있으며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람(정신병을 진단받은 지 1년 이상 지난 사람만 해당한다. 이하 같다) - 양극성정동장애(조울병)로 기분·의욕·행동 및 사고의 장애증상이 심한 증상기(症狀期)가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람 - 반복성우울장애로 정신병적 증상이 동반되고, 기분·의욕 및 행동 등에 대한 우울증상이 심한 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람 - 분열형정동장애로 제1호부터 제3호까지에 준하는 증상이 있는 사람
제2급	- 정신분열병으로 망상, 환청, 사고장애 및 기괴한 행동 등의 양성증상과 사회적 위축 등의 음성증상이 있고, 중등도의 인격 변화가 있으며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 해나가기 어려운 사람 - 양극성정동장애(조울병)로 기분·의욕·행동 및 사고의 장애증상이 있는 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 해나가기 어려운 사람 - 만성적인 반복성우울장애로 망상 등 정신병적 증상이 동반되고, 기분·의욕 및 행동 등에 대한 우울증상이 있는 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 해나가기 어려운 사람 - 만성적인 분열형정동장애로 제1호부터 제3호까지에 준하는 증상이 있는 사람

제3급	1. 정신분열병으로 망상, 환청, 사고장애 및 기괴한 행동 등의 양성증상이 있으나, 인격변화나 퇴행은 심하지 아니한 경우로서 기능 및 능력 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활을 해나가기 위한 기능 수행에 제한을 받아 간헐적으로 도움이 필요한 사람 2. 양극성정동장애(조울병)로 기분·의욕·행동 및 사고의 장애증상이 현저하지 아니하지만, 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활을 해나가기 위한 기능 수행에 제한을 받아 간헐적으로 도움이 필요한 사람 3. 반복성우울장애로 기분·의욕·행동 등에 대한 우울증상이 있는 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활을 해나가기 위한 기능 수행에 제한을 받아 간헐적으로 도움이 필요한 사람 4. 분열형정동장애로 제1호부터 제3호까지에 준하는 증상이 있는 사람

9. 신장장애인

장애등급	내 용
제2급	만성신부전증으로 인하여 3개월 이상 혈액투석이나 복막투석을 받고 있는 사람
제5급	신장을 이식받은 사람

10. 심장장애인

장애등급	내 용
제1급	심장기능의 장애가 지속되며, 안정 시에도 심부전증상이나 협심증증상 등이 나타나서 운동능력을 완전히 상실하여 상시적으로 돌보는 사람이 필요한 사람(심장질환을 진단받은 지 1년 이상 지난 사람만 해당한다. 이하 같다)
제2급	심장기능의 장애가 지속되며, 자기 신체 주위의 일은 어느 정도 할 수 있지만 그 이상의 활동을 하면 심부전증상이나 협심증증상 등이 나타나서 정상적인 일상생활을 해나가기 어려운 사람
제3급	심장기능의 장애가 지속되며, 가정에서의 가벼운 활동은 할 수 있지만 그 이상의 활동을 하면 심부전증상이나 협심증증상 등이 나타나서 정상적인 사회활동을 해나가기 어려운 사람
제5급	심장을 이식받은 사람

11. 호흡기장애인

장애등급	내 용
제1급	1. 폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 안정 시에도 산소요법을 받아야 할 정도의 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량) 또는 폐확산능이 정상예측치의 25% 이하이거나 안정 시 자연호흡상태에서의 동맥혈 산소분압이 55mmHg 이하인 사람 2. 만성호흡기 질환으로 기관절개관을 유지하고 24시간 인공호흡기로 생활하는 사람
제2급	폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 집안에서 이동할 때에도 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량) 또는 폐확산능이 정상예측치의 30% 이하이거나 안정 시 자연호흡상태에서의 동맥혈 산소분압이 60mmHg 이하인 사람
제3급	폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 평지에서의 보행에도 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량) 또는 폐확산능이 정상예측치의 40% 이하이거나 안정 시 자연호흡상태에서의 동맥혈 산소분압이 65mmHg 이하인 사람
제5급	1. 폐를 이식받은 사람 2. 늑막루가 있는 사람

12. 간장애인

장애등급	내 용
제1급	만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 C이면서 간성뇌증이 있거나 내과적 치료로 조절되지 아니하는 난치성 복수 등의 합병증이 있는 사람
제2급	만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 C이면서 과거 2년 이내의 간성뇌증 병력 또는 자발성 세균성 복막염 등의 병력이 있는 사람
제3급	1. 만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 C인 사람 2. 만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 B이면서 난치성 복수가 있거나 간성뇌증 등의 합병증이 있는 사람
제5급	간을 이식받은 사람

13. 안면장애인

장애등급	내 용
제2급	1. 노출된 안면부의 90% 이상이 변형된 사람 2. 노출된 안면부의 60% 이상이 변형되고 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람
제3급	1. 노출된 안면부의 75% 이상이 변형된 사람 2. 노출된 안면부의 50% 이상이 변형되고 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람
제4급	1. 노출된 안면부의 60% 이상이 변형된 사람 2. 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람 3. 노출된 안면부의 45% 이상이 변형되고 코 형태의 1/3 이상이 없어진 사람
제5급	1. 노출된 안면부의 45% 이상이 변형된 사람 2. 코 형태의 1/3 이상이 없어진 사람

14. 장루장애인 및 요루장애인

장애등급	내 용
제2급	1. 장루와 함께 요루 또는 방광루를 가지고 있으며, 그 중 하나 이상의 루에 합병증으로 장폐색 또는 배뇨기능장애가 있는 사람 2. 장루 또는 요루를 가지고 있으며 합병증으로 장폐색과 배뇨기능장애가 모두 있는 사람 3. 배변을 위한 말단 공장루를 가지고 있는 사람
제3급	1. 장루와 함께 요루 또는 방광루를 가지고 있는 사람 2. 장루 또는 요루를 가지고 있으며, 합병증으로 장폐색 또는 배뇨기능장애가 있는 사람
제4급	1. 장루 또는 요루를 가진 사람 2. 방광루를 가지고 있으며, 합병증으로 장폐색이 있는 사람
제5급	방광루를 가진 사람

15. 뇌전증장애인

가. 성인 뇌전증

장애등급	내 용
제2급	만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 8회 이상의 중증발작이 연 6회 이상 있고, 발작을 할 때에 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 두통, 구역질, 인지기능의 장애 등으로 심각한 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에 항상 다른 사람의 지속적인 보호와 관리가 필요한 사람

제3급	만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6회 이상 발작이 있고, 발작을 할 때에 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 두통, 구역질, 인지기능의 장애 등으로 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에 수시로 보호와 관리가 필요한 사람
제4급	만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작을 포함하여 연 6회 이상 발작이 있고, 이로 인하여 협조적인 대인관계가 현저히 곤란한 사람
제5급	만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 3회 이상 있고, 이로 인하여 협조적인 대인관계가 곤란한 사람

나. 소아청소년 뇌전증

장애등급	내 용
제2급	전신발작, 뇌전증성 뇌병증, 근간대성 발작 등으로 심각한 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에 항상 다른 사람의 지속적인 보호와 관리가 필요한 사람
제3급	전신발작, 뇌전증성 뇌병증, 근간대성 발작, 부분발작 등으로 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에 수시로 보호와 관리가 필요한 사람
제4급	전신발작, 뇌전증성 뇌병증, 근간대성 발작, 부분발작 등으로 일상생활 및 사회생활에 보호와 관리가 필요한 사람

16. 중복된 장애의 합산 판정

가. 같은 등급에 둘 이상의 중복장애가 있는 경우에는 1등급 위의 등급으로 한다.

나. 서로 다른 등급에 둘 이상의 중복장애가 있는 경우에는 의료기관의 전문의가 장애의 정도를 고려하여 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 주된 장애등급보다 1등급 위의 등급으로 조정할 수 있다.

다. 다음과 같은 경우는 가목 및 나목에도 불구하고 중복장애로 합산 판정할 수 없다.

- (1) 동일부위의 지체장애와 뇌병변장애가 중복된 경우
- (2) 지적장애와 자폐성장애가 중복된 경우
- (3) 그 밖에 장애부위가 같거나 장애성격이 중복되어 중복장애로 합산하여 판정하는 것이 타당하지 아니한 경우로서 보건복지부장관이 정하는 경우
- (※) 각 장애의 장애상태, 세부 판정기준, 판정시기, 장애진단전문 의 및 장애인단기기관의 기준에 관하여는 보건복지부의 「장애등급 판정기준」을 따릅니다. 판정기준 변경시 변경된 기준을 적용합니다.

별표3

「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정 시기

약관에 규정하는 「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정 시기는 「보건복지부 장애등급판정기준(보건복지부 고시 제 2015-188호, 2015.11.4 시행) 5. 장애진단서 작성 기준」에서 정하는 내용을 따릅니다.

장애유형	장애판정 시기
지체, 시각, 청각, 언어, 지적, 안면 장애	장애의 원인 질환 등에 관하여 충분히 치료하여 장애가 고착되었을 때 등록하며, 그 기준 시기는 원인 질환 또는 부상 등의 발생후 또는 수술후 6개월 이상 지속적으로 치료한 후로 한다(지체절단, 척추고정술, 안구적출, 청력기관의 결손, 후두전적출술, 선천적 지적장애 등 장애상태의 고착이 명백한 경우는 예외로 한다).
뇌병변 장애	1. 뇌성마비, 뇌졸중, 뇌손상 등과 기타 뇌병변(파킨슨병 제외)이 있는 경우는 발병 또는 외상 후 6개월 이상 지속적으로 치료한 후에 장애 진단을 하여야 한다. 2. 파킨슨병은 1년 이상의 성실하고 지속적인 치료 후에 장애진단을 하여야 한다.
정신 장애	1년 이상의 성실하고, 지속적인 치료 후에 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착되었을 때에 한다.
자폐성 장애	전반성발달장애(자폐증)가 확실해진 시점
신장 장애	3개월 이상 지속적으로 혈액투석 또는 복막투석치료를 받고 있는 사람 또는 신장을 이식받은 사람
심장 장애	1년 이상의 성실하고, 지속적인 치료 후에 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착되었거나 심장을 이식받은 사람
호흡기장애, 간장애	현재의 상태와 관련한 최초 진단 이후 1년 이상이 경과하고, 최근 2개월 이상의 지속적인 치료 후에 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착되었거나 폐 또는 간을 이식받은 사람
장루·요루장애	복원수술이 불가능한 장루(복회음절제술후 에스결장루, 전대장직장절제술후 시행한 말단형 회장루 등).요루(요관피부루, 회장도관 등)의 경우에는 장루(요루)조성술 이후 진단이 가능하며, 그 외 복원수술이 가능한 장루(요루)의 경우에는 장루(요루) 조성술 후 1년이 지난 시점
뇌전증장애	1.성인의 경우 현재의 상태와 관련하여 최초 진단 이후 2년 이상의 지속적인 치료를 받음에도 불구하고 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착된 시점 2.소아청소년의 경우 뇌전증 증상에 따라 최초 진단 이후 규정기간(1년 내지 2년) 이상의 지속적인 치료를 받음에도 불구하고 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착된 시점

별표4

중복장애 합산시 장애등급 상향조정표

약관에 규정하는 중복장애 합산시 상향 조정된 장애등급은 「보건복지부 장애등급판정기준(보건복지부 고시 제2015-188호, 2015.11.4 시행) 4.중복장애의 합산」에서 정하는 내용을 따릅니다.

	1급	2급	3급	4급	5급	6급
1급	1급	1급	1급	1급	1급	1급
2급	1급	1급	1급	1급	2급	2급
3급	1급	1급	2급	2급	3급	3급
4급	1급	1급	2급	3급	3급	4급
5급	1급	2급	3급	3급	4급	4급
6급	1급	2급	3급	4급	4급	5급

(주) 중복장애 합산시 다음의 경우는 각각을 개별적인 장애로 판단하지 않습니다.

1. 동일부위의 지체장애와 뇌병변장애
 - ※ 뇌병변장애(포괄적 평가)와 지체장애(개별적 평가)가 중복된 경우에는 뇌병변장애 판정기준에 따라 장애정도를 판정합니다. 다만, 지체장애가 상위등급이고 뇌병변장애가 경미한 경우는 지체장애로 판정할 수 있습니다.
2. 지적장애와 자폐성장애
3. 지적장애, 자폐성장애, 정신장애와 그에 따른 증상의 일환으로 나타나는 언어장애
4. 장애부위가 동일한 경우
 - 눈과 귀는 좌·우 두 개이나 하나의 기능을 이루는 대칭성 기관의 특징이 있으므로 동일부위로 봅니다.
 - 팔과 다리는 좌·우를 각각 별개의 부위로 보나 같은 팔의 상지 3 대관절과 손가락관절 및 같은 다리의 하지 3 대관절과 발가락 관절은 동일부위로 봅니다.

별표5 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표6 장애분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표 7

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

구분	적립기간	적립이율
제1회 질병고도장애(1,2급) 생활자금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(40%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(60%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(80%)
제2회 이후 질병고도장애(1,2급) 생활자금 (제3조)	제2회 이후 해당 질병고도장애(1,2급)생활자금 지급해당 일의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 1. 제2회 이후 질병고도장애(1,2급)생활자금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 제2회 이후 해당 질병고도장애(1,2급)생활자금 지급해당일의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
4. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

질병중증장애(1,2,3급)생활자금(선천성포함)특약K(갱신형,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: (별표5) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애: (별표6) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 [“질병장애” 및 “1급, 2급 또는 3급 장애인”의 정의]

- ① 이 특약에 있어서 “질병장애”라 함은 질병(선천성 포함)[한국표준질병·사인분류상의 (A00~R99, U00~U99)에

해당하는 질병을 말하며, 이하 “질병(선천성 포함)”이라 합니다]으로 인한 「장애인복지법 시행령」 제2조 및 「장애인복지법 시행규칙」 제2조에서 정한 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애, 자폐성장애, 정신장애, 신장장애, 심장장애, 간장애, 안면장애, 장루·요루장애, 호흡기장애, 뇌전증장애 중 하나 이상의 장애를 말합니다.

② 이 특약에 있어서 “1급, 2급 또는 3급 장애인”이라 함은 질병(선천성 포함)으로 인하여 「장애인복지법 시행령」 제2조 및 「장애인복지법 시행규칙」 제2조에서 정한 1급, 2급 또는 3급의 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 자폐성장애인, 정신장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인, 호흡기장애인, 뇌전증장애인)으로 등록된 경우[(별표1) “장애인의 종류 및 기준” 및 (별표2) “장애인의 장애등급표” 참조]를 말합니다.

제2조의4 [법령 등의 개정에 따른 계약 내용의 변경]

① 제2조의3(“질병장애” 및 “1급, 2급 또는 3급 장애인”의 정의)에서 정한 “장애인 및 장애등급의 판정기준”(이하 “장애 판정기준”이라 합니다) 이 「장애인복지법」 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애인 및 장애등급을 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 법령의 개정으로 장애 판정기준이 폐지 또는 변경되어 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애 판정이 불가능한 경우 회사는 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 “장애”와 관련된 새로운 보장내용으로 이 계약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자 문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 및 보험료 변경내역 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경일 시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환 받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2조의5 [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 「피보험자가 특약의 보장개시일 이후에 발생한 질병(선천성 포함)으로 “질병장애”가 발생하고 “1급, 2급 또는 3급 장애인”이 된 경우」에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 10년 동안(10회) 매년 보험금 지급사유 발생해당일(단, 해당년도에 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 보험금 지급사유 발생해당일로 합니다)에 특약보험가입금액의 10%를 “질병중증장애(1,2,3급)생활자금”으로 지급합니다.

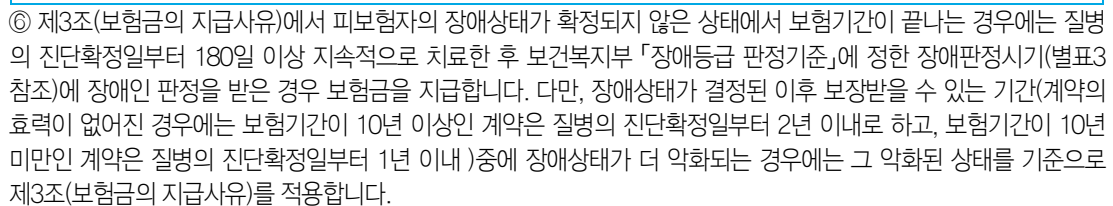
제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

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 장애분류표(별표6 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

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.



⑧ “질병중증장애(1,2,3급)생활자금”을 보험수익자가 일시에 지급 받기를 원하는 경우 회사는 “평균공시이율을 연단 위 복리로 할인한 금액”과 “이 특약의 적용이율(보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 말하며, 이하 「적용이율」이라 합니다)을 연단위 복리로 할인한 금액”중 큰 금액을 일시에 지급합니다.

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

⑫ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표6 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑭ 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표6 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제14항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표6 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표6 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 장애분류표(별표6 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표6 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

⑰ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제3항 및 제4항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑱ 제17항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑲ 제18항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑳ 제19조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제18항의 청약일로 하여 적용합니다.

㉑ 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.

㉒ 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

4. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

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, 장애진단서, 사망진단서 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

4. 장애인등록증

5. 장애등급결정서(2종류 이상의 장애가 중복되는 경우에 한합니다)

6. 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.

③ 제1항 제4호의 장애인등록증은 장애인복지법 시행규칙 제4조(장애인등록증 교부 등)에 의해 발급한 것으로 합니다.

④ 제1항 제5호의 장애등급결정서는 "장애인복지법 시행규칙 제3조(장애인의 등록신청 및 장애진단), 제6조(장애등급

조정), 제7조(장애상태 확인)”에 의한 「장애등급심사규정」 제12조(심사결과 및 통지) 제2항에 의해 발급한 것으로 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 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 제2회 이후 “질병중증장애(1,2,3급)생활자금”의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려 드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표7(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) 제21항 및 제22항에 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]

회사는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병중증장애(1,2,3급)생활자금을 일시에 지급하는 경우에 한해 “평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액”과 “적용이율을 연단위 복리로 할인한 금액”중 큰 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 이 특약을 체결할 때 임신 23주 이내에 있는 임신부에 의하여 태어날 자녀로 하며, 주계약의 피보험자와 같습니다.

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 30세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 30세 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

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

3. 이 특약의 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 “질병중증장애(1,2,3급)생활자금”의 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 제 1 항에도 불구하고 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
- ③ 제 2 항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제 2 항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.
- ④ 제 1 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1 장애인의 종류 및 기준

질병고도장애(1,2급)생활자금(선천성포함)특약K(갱신형,무배당) 약관의 (별표1)과 동일

별표2 장애인의 장애등급표

질병고도장애(1,2급)생활자금(선천성포함)특약K(갱신형,무배당) 약관의 (별표2)와 동일

별표3 「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정 시기

질병고도장애(1,2급)생활자금(선천성포함)특약K(갱신형,무배당) 약관의 (별표3)과 동일

별표4 중복장애 합산시 장애등급 상향조정표

질병고도장애(1,2급)생활자금(선천성포함)특약K(갱신형,무배당) 약관의 (별표4)와 동일

별표5 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표6 장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

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

구분	적립기간	적립이율
제1회 질병중증장애 (1,2,3급)생활자금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(40%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(60%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(80%)
제2회 이후 질병중증장애 (1,2,3급)생활자금 (제3조)	제2회 이후 해당 질병중증장애 (1,2,3급)생활자금 지급해 당일의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주) 1. 제2회 이후 질병중증장애(1,2,3급)생활자금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 제2회 이후 해당 질병중증장애(1,2,3급)생활자금 지급해당일의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.

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

질병고도장애(1,2급)생활자금특약N(갱신형,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: (별표5) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애: (별표6) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 [“질병장애” 및 “1급 또는 2급 장애인”의 정의]

- ① 이 특약에 있어서 “질병장애”라 함은 질병(선천성 제외)[한국표준질병·사인분류상의 (A00~R99, U00~U99)에

해당하는 질병을 말합니다. 다만, 한국표준질병·사인분류 중 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)에 해당하는 질병은 제외하며, 이하 “질병(선천성 제외)”이라 합니다]으로 인한 「장애인복지법 시행령」 제2조 및 「장애인복지법 시행규칙」 제2조에서 정한 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애, 신장장애, 심장장애, 간장애, 안면장애, 장루·요루장애, 호흡기장애 중 하나 이상의 장애(단, 자폐성장애, 정신장애, 뇌전증장애는 제외합니다)를 말합니다.

② 이 특약에 있어서 “1급 또는 2급 장애인”이라 함은 질병(선천성 제외)으로 인하여 「장애인복지법 시행령」 제2조 및 「장애인복지법 시행규칙」 제2조에서 정한 1급 또는 2급의 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인, 호흡기장애인)으로 등록된 경우[(별표 1) “장애인의 종류 및 기준(선천성 제외)” 및 (별표 2) “장애인의 장애등급표(선천성 제외)” 참조]를 말합니다.

제2조의4 [법령 등의 개정에 따른 계약 내용의 변경]

① 제2조의3(“질병장애” 및 “1급 또는 2급 장애인”의 정의)에서 정한 “장애인 및 장애등급의 판정기준”(이하 “장애 판정기준”이라 합니다)이 「장애인복지법」 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애인 및 장애등급을 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 법령의 개정으로 장애 판정기준이 폐지 또는 변경되어 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애 판정이 불가능한 경우 회사는 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 “장애”와 관련된 새로운 보장내용으로 이 계약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 및 보험료 변경내역 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경일 시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환 받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2조의5 [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 「피보험자가 특약의 보장개시일 이후에 발생한 질병(선천성 제외)으로 “질병장애”가 발생하고 “1급 또는 2급 장애인”이 된 경우」에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 10년 동안(10회) 매년 보험금 지급사유 발생해당일(단, 해당년도에 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 보험금 지급사유 발생해당일로 합니다)에 특약보험가입금액의 10%를 “질병고도장애(1,2급)생활자금”으로 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.

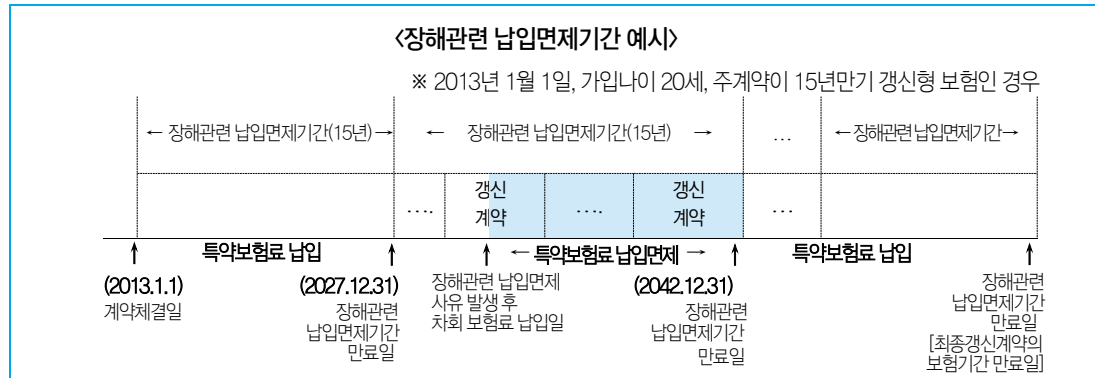
② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(별표6 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하

며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장애상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장애관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장애관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다

⑤ 「장애관련 납입면제기간」은 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'을 주기로 하며, 「장애관련 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 「장애관련 납입면제기간」으로 합니다.



⑥ 제3조(보험금의 지급사유)에서 피보험자의 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 끝나는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후 보건복지부 「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정시기(별표3 참조)에 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장애상태가 결정된 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 상태를 기준으로 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

⑦ 제3조(보험금의 지급사유)에서 장애인 등록이 완료되었을 때 자폐성장애, 정신장애, 뇌전증장애를 제외한 장애에서 2종류 이상의 장애가 동시에 중복되어 있는 경우에는 중복장애 합산시 장애등급 상향조정표(별표4 참조)에 해당되는 보험금을 지급합니다.

⑧ “질병고도장애(1,2급)생활자금”을 보험수익자가 일시에 지급 받기를 원하는 경우 회사는 “평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액”과 “이 특약의 적용이율(보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 말하며, 이하 「적용이율」이라 합니다)을 연단위 복리로 할인한 금액”중 큰 금액을 일시에 지급합니다.

⑨ 제3항 및 제4항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표(별표6 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑩ 제9항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일로부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

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

⑫ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표6 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑬ 제3항 및 제4항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑭ 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해

당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표6 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제14항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표6 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표6 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 장애분류표(별표6 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표6 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

⑰ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제3항 및 제4항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑱ 제17항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑲ 제18항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑳ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제18항의 청약일로 하여 적용합니다.

㉑ 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.

㉒ 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

4. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

5. 피보험자의 선천적기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병

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, 장애진단서, 사망진단서 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

4. 장애인등록증

5. 장애등급결정서(2종류 이상의 장애가 중복되는 경우에 한합니다)

6. 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.

③ 제1항 제4호의 장애인등록증은 장애인복지법 시행규칙 제4조(장애인등록증 교부 등)에 의해 발급한 것으로 합니다.

④ 제1항 제5호의 장애등급결정서는 “장애인복지법 시행규칙 제3조(장애인의 등록신청 및 장애진단), 제6조(장애등급 조정), 제7조(장애상태 확인)”에 의한 「장애등급심사규정」 제12조(심사결과 및 통지) 제2항에 의해 발급한 것으로 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 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 제2회 이후 “질병고도장애(1,2급)생활자금”의 지급시기가 되면 지급 시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려 드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표7(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 지급사유와 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제21항 및 제22항에 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]

회사는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병고도장애(1,2급)생활자금을 일시에 지급하는 경우에 한해 “평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액”과 “적용이율을 연단위 복리로 할인한 금액”중 큰 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약(講約)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.

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 자격상실일로부터 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 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 갱신행보험인 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]

신입원특약N(갱신행,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 이 특약의 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 “질병고도장애(1,2급)생활자금”의 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표 1

장애인의 종류 및 기준(선천성 제외)

약관에 규정하는 장애인은 「장애인복지법 시행령 제2조(장애인의 종류 및 기준) 별표1」에서 정하는 기준을 따르며, 자폐성장애인, 정신장애인, 뇌전증장애인은 제외합니다. 또한, 관련 법령이 변경되는 경우 변경된 내용을 적용합니다.

장애인의 종류	기준
1. 지체장애인	가. 한 팔, 한 다리 또는 몸통의 기능에 영속적인 장애가 있는 사람 나. 한 손의 엄지손가락을 지골(指骨: 손가락 뼈) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 두 개 이상의 손가락을 모두 제1지골관절 이상의 부위에서 잃은 사람 다. 한 다리를 리스프랑(Lisfranc : 발등뼈와 발목을 이어주는) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 라. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람 마. 한 손의 엄지손가락 기능을 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 손가락 두 개 이상의 기능을 잃은 사람 바. 왜소증으로 키가 심하게 작거나 척추에 현저한 변형 또는 기형이 있는 사람 사. 지체(肢體)에 위 각 목의 어느 하나에 해당하는 장애정도 이상의 장애가 있다고 인정되는 사람
2. 뇌병변장애인	뇌성마비, 외상성 뇌손상, 뇌졸중(腦卒中) 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 발생한 신체적 장애로 보행이나 일상생활의 동작 등에 상당한 제약을 받는 사람
3. 시각장애인	가. 나쁜 눈의 시력(만국식시력표에 따라 측정된 교정시력을 말한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람 나. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람 다. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람 라. 두 눈의 시야 2분의 1 이상을 잃은 사람
4. 청각장애인	가. 두 귀의 청력 손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람 나. 한 귀의 청력 손실이 80데시벨(dB) 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨(dB) 이상인 사람 다. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람 라. 평형 기능에 상당한 장애가 있는 사람
5. 언어장애인	음성 기능이나 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애가 있는 사람
6. 지적장애인	정신 발육이 항구적으로 지체되어 지적 능력의 발달이 불충분하거나 불완전하고 자신의 일을 처리하는 것과 사회생활에 적응하는 것이 상당히 곤란한 사람
7. 신장장애인	신장의 기능부전(機能不全)으로 인하여 혈액투석이나 복막투석을 지속적으로 받아야 하거나 신장기능의 영속적인 장애로 인하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
8. 심장장애인	심장의 기능부전으로 인한 호흡곤란 등의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
9. 호흡기장애인	폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적 기능부전으로 인한 호흡기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
10. 간장애인	간의 만성적 기능부전과 그에 따른 합병증 등으로 인한 간기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
11. 안면장애인	안면 부위의 변형이나 기형으로 사회생활에 상당한 제약을 받는 사람
12. 장루·요루장애인	배변기능이나 배뇨기능의 장애로 인하여 장루(腸瘻) 또는 요루(尿瘻)를 시술하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

별표2

장애인의 장애등급표(선천성제외)

약관에 규정하는 장애인의 장애등급은 「장애인복지법 시행규칙 제2조(장애인의 장애등급 등) 별표1」에서 정하는 내용을 따르며, 자폐성장아인, 정신장애아인, 뇌전증장애아인은 제외합니다. 또한, 관련 법령이 변경되는 경우 변경된 내용을 적용합니다.

1. 지체장애아인

가. 신체의 일부를 잃은 사람

장애등급	내 용
제1급	1. 두 팔을 손목관절 이상의 부위에서 잃은 사람 2. 두 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람
제2급	1. 두 손의 손가락을 모두 잃은 사람 2. 한 팔을 팔꿈치관절 이상의 부위에서 잃은 사람 3. 두 다리를 발목관절 이상의 부위에서 잃은 사람
제3급	1. 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람 2. 한 손의 모든 손가락을 잃은 사람 3. 두 다리를 쇼파관절(chopart's joint) 이상의 부위에서 잃은 사람 4. 한 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람
제4급	1. 두 손의 엄지손가락을 잃은 사람 2. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람 3. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 세 손가락을 잃은 사람 4. 두 다리를 리스프랑관절(Lisfranc: 발등뼈와 발목을 이어주는 관절) 이상의 부위에서 잃은 사람 5. 한 다리를 발목관절 이상의 부위에서 잃은 사람
제5급	1. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 두 손가락을 잃은 사람 2. 한 손의 엄지손가락을 중수수지관절 이상의 부위에서 잃은 사람 3. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 세 손가락을 잃은 사람 4. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람 5. 한 다리를 쇼파관절 이상의 부위에서 잃은 사람
제6급	1. 한 손의 엄지손가락을 잃은 사람 2. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 두 손가락을 잃은 사람 3. 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 및 다섯째손가락을 모두 잃은 사람 4. 한 다리를 리스프랑관절 이상의 부위에서 잃은 사람

나. 관절장애가 있는 사람

장애등급	내 용
제1급	1. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 2. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
제2급	1. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 2. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 각각 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

장애등급	내 용
제2급	3. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 4. 두 손의 모든 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람 5. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 각각 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 6. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
제3급	1. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 각각 2개관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 2. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람 3. 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람 4. 한 손의 모든 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람 5. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 6. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 7. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
제4급	1. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 한 관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 2. 두 손의 엄지손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람 3. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람 4. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람 5. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 4개 손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람 6. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 각각 2개관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 7. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람 8. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 9. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 10. 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 기능을 잃은 사람
제5급	1. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 2개관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 2. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람 3. 두 손의 엄지손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람 4. 한 손의 엄지손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람 5. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람 6. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람 7. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 2개관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 8. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람 9. 두 발의 모든 발가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람 10. 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 11. 한 다리의 발목관절의 기능을 잃은 사람
제6급	1. 한 손의 엄지손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람 2. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 2개 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람 3. 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 그리고 다섯째손가락 모두의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람 4. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 한 관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 5. 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 6. 한 다리의 발목관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

다. 지체기능장애가 있는 사람

장애등급	내 용
제1급	1. 두 팔의 기능을 잃은 사람 2. 두 다리의 기능을 잃은 사람
제2급	1. 한 팔의 기능을 잃은 사람 2. 두 팔의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 3. 두 손의 모든 손가락의 기능을 잃은 사람 4. 두 다리의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 5. 경추와 흉요추의 기능을 잃은 사람
제3급	1. 두 팔의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 2. 두 손의 엄지손가락 및 둘째손가락의 기능을 잃은 사람 3. 한 손의 모든 손가락의 기능을 잃은 사람 4. 한 팔의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 5. 한 다리의 기능을 잃은 사람 6. 경추 또는 흉요추의 기능을 잃은 사람
제4급	1. 두 손의 엄지손가락의 기능을 잃은 사람 2. 한 손의 엄지손가락 및 둘째손가락의 기능을 잃은 사람 3. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 세 손가락의 기능을 잃은 사람 4. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 네 손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 5. 한 다리의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 6. 두 다리의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 7. 경추 또는 흉요추의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
제5급	1. 한 팔의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 2. 두 손의 엄지손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 3. 한 손의 엄지손가락의 기능을 잃은 사람 4. 한 손의 엄지손가락 및 둘째손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 5. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 세 손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 6. 한 다리의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 7. 두 발의 모든 발가락의 기능을 잃은 사람 8. 경추 또는 흉요추의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
제6급	1. 한 손의 엄지손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 2. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 두 손가락의 기능을 잃은 사람 3. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 두 손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 4. 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 및 다섯째손가락의 기능을 잃은 사람 5. 경추 또는 흉요추의 기능이 저하된 사람

라. 신체에 변형 등의 장애가 있는 사람

장애등급	내 용
제5급	한 다리가 건강한 다리보다 10센티미터 이상 짧거나 건강한 다리 길이의 10분의 1 이상 짧은 사람
제6급	1. 한 다리가 건강한 다리보다 5센티미터 이상 짧거나 건강한 다리 길이의 15분의 1 이상 짧은 사람 2. 척추측만증이 있으며, 만곡각도가 40도 이상인 사람 3. 척추후만증이 있으며, 만곡각도가 60도 이상인 사람 4. 성장이 멈춘 만 18세 이상의 남성으로서 신장이 145센티미터 이하인 사람 5. 성장이 멈춘 만 16세 이상의 여성으로서 신장이 140센티미터 이하인 사람 6. 연골무형성증으로 왜소증에 대한 증상이 뚜렷한 사람

2. 뇌병변장애인

장애등급	내 용
제1급	보행이 불가능하거나 일상생활동작을 거의 할 수 없어, 도움과 보호가 필요한 사람
제2급	1. 보행이 현저하게 제한되었거나 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람 2. 보행과 일상생활동작이 상당히 제한된 사람
제3급	1. 보행이 상당한 정도 제한되었거나 일상생활동작이 상당히 제한된 사람 2. 보행이 경중한 정도 제한되고 섬세한 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람
제4급	1. 보행이 경중한 정도 제한되었거나 섬세한 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람 2. 보행이 경미하게 제한되고 섬세한 일상생활동작이 상당히 제한된 사람
제5급	1. 보행이 경미하게 제한되었거나 섬세한 일상생활동작이 상당히 제한된 사람 2. 보행이 파행(跛行)을 보이고 섬세한 일상생활동작이 경중한 정도 제한된 사람
제6급	보행 시 파행을 보이거나 섬세한 일상생활동작이 경중한 정도 제한된 사람

3. 시각장애인

장애등급	내 용
제1급	좋은 눈의 시력(공인된 시력표에 의하여 측정된 것을 말하며, 굴절이상이 있는 사람에 대하여는 최대 교정시력을 기준으로 한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람
제2급	좋은 눈의 시력이 0.04 이하인 사람
제3급	1. 좋은 눈의 시력이 0.06 이하인 사람 2. 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 5도 이하로 남은 사람
제4급	1. 좋은 눈의 시력이 0.1 이하인 사람 2. 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 10도 이하로 남은 사람
제5급	1. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람 2. 두 눈의 시야가 각각 정상시야의 50%이상 감소한 사람
제6급	나쁜 눈의 시력이 0.02 이하인 사람

4. 청각장애인

가. 청력을 잃은 사람

장애등급	내 용
제2급	두 귀의 청력을 각각 90데시벨(dB) 이상 잃은 사람(두 귀가 완전히 들리지 아니하는 사람)
제3급	두 귀의 청력을 각각 80데시벨(dB) 이상 잃은 사람(귀에 입을 대고 큰소리로 말을 하여도 듣지 못하는 사람)
제4급	1. 두 귀의 청력을 각각 70데시벨(dB) 이상 잃은 사람(귀에 대고 말을 하여야 들을 수 있는 사람) 2. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최대의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람
제5급	두 귀의 청력을 각각 60데시벨(dB) 이상 잃은 사람(40센티미터 이상의 거리에서 발생된 말소리를 듣지 못하는 사람)
제6급	한 귀의 청력을 80데시벨(dB) 이상 잃고, 다른 귀의 청력을 40데시벨(dB) 이상 잃은 사람

나. 평형기능에 장애가 있는 사람

장애등급	내 용
제3급	양측 평형기능의 소실로 두 눈을 뜨고 직선으로 10미터 이상을 지속적으로 걸을 수 없는 사람
제4급	양측 평형기능의 소실 또는 감소로 두 눈을 뜨고 10미터를 걸으려면 중간에 균형을 잡기 위하여 멈추어야 하는 사람
제5급	양측 평형기능의 감소로 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60센티미터 이상 벗어나며, 복합적인 신체운동은 어려운 사람

5. 언어장애인

장애등급	내 용
제3급	음성기능이나 언어기능을 잃은 사람
제4급	음성·언어만으로는 의사소통을 하기 곤란할 정도로 음성기능이나 언어기능에 현저한 장애가 있는 사람

6. 지적장애인

장애등급	내 용
제1급	지능지수가 35 미만인 사람으로서 일상생활과 사회생활에 적응하는 것이 현저하게 곤란하여 일생 동안 다른 사람의 보호가 필요한 사람
제2급	지능지수가 35 이상 50 미만인 사람으로서 일상생활의 단순한 행동을 훈련시킬 수 있고, 어느 정도의 감독과 도움을 받으면 복잡하지 아니하고 특수기술이 필요하지 아니한 직업을 가질 수 있는 사람
제3급	지능지수가 50 이상 70 이하인 사람으로서 교육을 통한 사회적·직업적 재활이 가능한 사람

7. 신장장애인

장애등급	내 용
제2급	만성신부전증으로 인하여 3개월 이상 혈액투석이나 복막투석을 받고 있는 사람
제5급	신장을 이식받은 사람

8. 심장장애인

장애등급	내 용
제1급	심장기능의 장애가 지속되며, 안정 시에도 심부전증상이나 협심증증상 등이 나타나서 운동능력을 완전히 상실하여 상시적으로 돌보는 사람이 필요한 사람(심장질환을 진단받은 지 1년 이상 지난 사람만 해당한다. 이하 같다)
제2급	심장기능의 장애가 지속되며, 자기 신체 주위의 일은 어느 정도 할 수 있지만 그 이상의 활동을 하면 심부전증상이나 협심증증상 등이 나타나서 정상적인 일상생활을 해나가기 어려운 사람
제3급	심장기능의 장애가 지속되며, 가정에서의 가벼운 활동은 할 수 있지만 그 이상의 활동을 하면 심부전증상이나 협심증증상 등이 나타나서 정상적인 사회활동을 해나가기 어려운 사람
제5급	심장을 이식받은 사람

9. 호흡기장애인

장애등급	내 용
제1급	1. 폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 안정 시에도 산소요법을 받아야 할 정도의 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량) 또는 폐확산능이 정상예측치의 25% 이하이거나 안정 시 자연호흡상태에서의 동맥혈 산소분압이 55mmHg 이하인 사람 2. 만성호흡기 질환으로 기관절개관을 유지하고 24시간 인공호흡기로 생활하는 사람
제2급	폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 집안에서 이동할 때에도 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량) 또는 폐확산능이 정상예측치의 30% 이하이거나 안정 시 자연호흡상태에서의 동맥혈 산소분압이 60mmHg 이하인 사람
제3급	폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 평지에서의 보행에도 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량) 또는 폐확산능이 정상예측치의 40% 이하이거나 안정 시 자연호흡상태에서의 동맥혈 산소분압이 65mmHg 이하인 사람
제5급	1. 폐를 이식받은 사람 2. 늑막루가 있는 사람

10. 간장애인

장애등급	내 용
제1급	만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 C이면서 간성뇌증이 있거나 내과적 치료로 조절되지 아니하는 난치성 복수 등의 합병증이 있는 사람
제2급	만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 C이면서 과거 2년이내의 간성뇌증 병력 또는 자발성 세균성 복막염 등의 병력이 있는 사람
제3급	1. 만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 C인 사람 2. 만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 B이면서 난치성 복수가 있거나 간성뇌증 등의 합병증이 있는 사람
제5급	간을 이식받은 사람

11. 안면장애인

장애등급	내 용
제2급	1. 노출된 안면부의 90% 이상이 변형된 사람 2. 노출된 안면부의 60% 이상이 변형되고 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람

제3급	1. 노출된 안면부의 75% 이상이 변형된 사람 2. 노출된 안면부의 50% 이상이 변형되고 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람
제4급	1. 노출된 안면부의 60% 이상이 변형된 사람 2. 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람 3. 노출된 안면부의 45% 이상이 변형되고 코 형태의 1/3 이상이 없어진 사람
제5급	1. 노출된 안면부의 45% 이상이 변형된 사람 2. 코 형태의 1/3 이상이 없어진 사람

12. 장루장애인 및 요루장애인

장애등급	내 용
제2급	1. 장루와 함께 요루 또는 방광루를 가지고 있으며, 그 중 하나 이상의 루에 합병증으로 장폐색 또는 배뇨기능장애가 있는 사람 2. 장루 또는 요루를 가지고 있으며 합병증으로 장폐색과 배뇨기능장애가 모두 있는 사람 3. 배변을 위한 말단 공장루를 가지고 있는 사람
제3급	1. 장루와 함께 요루 또는 방광루를 가지고 있는 사람 2. 장루 또는 요루를 가지고 있으며, 합병증으로 장폐색 또는 배뇨기능장애가 있는 사람
제4급	1. 장루 또는 요루를 가진 사람 2. 방광루를 가지고 있으며, 합병증으로 장폐색이 있는 사람
제5급	방광루를 가진 사람

13. 중복된 장애의 합산 판정

- 가. 같은 등급에 둘 이상의 중복장애가 있는 경우에는 1등급 위의 등급으로 한다.
- 나. 서로 다른 등급에 둘 이상의 중복장애가 있는 경우에는 의료기관의 전문의가 장애의 정도를 고려하여 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 주된 장애등급보다 1등급 위의 등급으로 조정할 수 있다.
- 다. 다음과 같은 경우는 가목 및 나목에도 불구하고 중복장애로 합산 판정할 수 없다.
- (1) 동일부위의 지체장애와 뇌병변장애가 중복된 경우
 - (2) 그 밖에 장애부위가 같거나 장애성격이 중복되어 중복장애로 합산하여 판정하는 것이 타당하지 아니한 경우로서 보건복지부장관이 정하는 경우
- (※) 각 장애의 장애상태, 세부 판정기준, 판정시기, 장애인단전문의 및 장애인단기관의 기준에 관하여는 보건복지부의 「장애등급 판정기준」을 따릅니다. 판정기준 변경시 변경된 기준을 적용합니다.

별표3 「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정 시기
질병고도장애(1,2급)생활자금(선천성포함)특약K(갱신형,무배당) 약관의 (별표3)과 동일

별표4 중복장애 합산시 장애등급 상향조정표
질병고도장애(1,2급)생활자금(선천성포함)특약K(갱신형,무배당) 약관의 (별표4)와 동일

별표5 재해분류표
주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표6 장애분류표
주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표7

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

구분	적립기간	적립이율
제1회 질병고도장애(1,2급) 생활자금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(40%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(60%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(80%)
제2회 이후 질병고도장애(1,2급) 생활자금 (제3조)	제2회 이후 해당 질병고도장애(1,2급)생활자금 지급해당 일의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 1. 제2회 이후 질병고도장애(1,2급)생활자금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 제2회 이후 해당 질병고도장애(1,2급)생활자금 지급해당일의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
4. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

질병중증장애(1,2,3급)생활자금특약N(갱신형,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: (별표5) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애: (별표6) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 [“질병장애” 및 “1급, 2급 또는 3급 장애인”의 정의]

- ① 이 특약에 있어서 “질병장애”라 함은 질병(선천성 제외)[한국표준질병·사인분류상의 (A00~R99, U00~U99)에

해당하는 질병을 말합니다. 다만, 한국표준질병·사인분류 중 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)에 해당하는 질병은 제외하며, 이하 “질병(선천성 제외)” 이라 합니다]으로 인한 「장애인복지법 시행령」 제2조 및 「장애인복지법 시행규칙」 제2조에서 정한 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애, 신장장애, 심장장애, 간장애, 안면장애, 장루·요루장애, 호흡기장애 중 하나 이상의 장애(단, 자폐성장애, 정신장애, 뇌전증장애는 제외합니다)를 말합니다.

② 이 특약에 있어서 “1급, 2급 또는 3급 장애인”이라 함은 질병(선천성 제외)으로 인하여 「장애인복지법 시행령」 제2조 및 「장애인복지법 시행규칙」 제2조에서 정한 1급, 2급 또는 3급의 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인, 호흡기장애인)으로 등록된 경우[(별표1) “장애인의 종류 및 기준(선천성 제외)” 및 (별표2) “장애인의 장애등급표(선천성 제외)” 참조]를 말합니다.

제2조의4 [법령 등의 개정에 따른 계약 내용의 변경]

① 제2조의3(“질병장애” 및 “1급, 2급 또는 3급 장애인”의 정의)에서 정한 “장애인 및 장애등급의 판정기준”(이하 “장애 판정기준”이라 합니다) 이 「장애인복지법」 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애인 및 장애등급을 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 법령의 개정으로 장애 판정기준이 폐지 또는 변경되어 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애 판정이 불가능한 경우 회사는 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 “장애”와 관련된 새로운 보장내용으로 이 계약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 및 보험료 변경내역 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경일 시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환 받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2조의5 [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 「피보험자가 특약의 보장개시일 이후에 발생한 질병(선천성 제외)으로 “질병장애”가 발생하고 “1급, 2급 또는 3급 장애인”이 된 경우」에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 10년 동안(10회) 매년 보험금 지급사유 발생해당일(단, 해당년도에 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 보험금 지급사유 발생해당일로 합니다)에 특약보험가입금액의 10%를 “질병중증장애(1,2,3급)생활자금”으로 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.

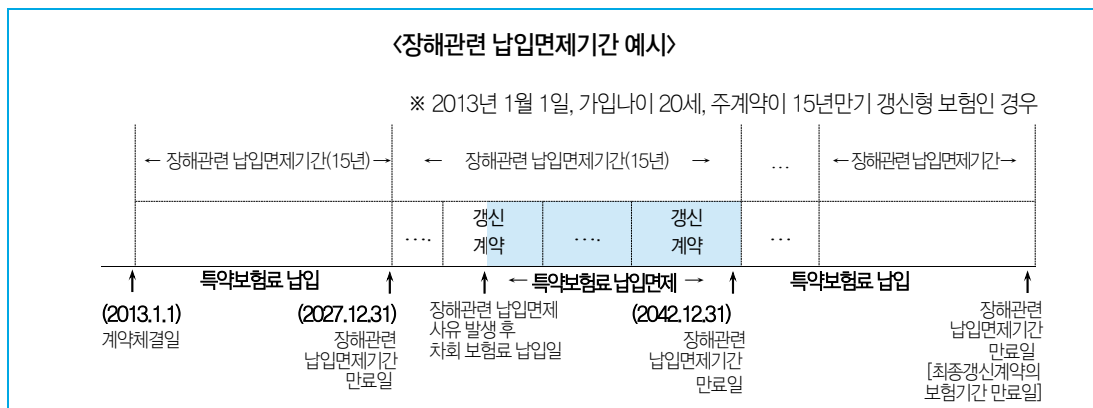
② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(별표6 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신

체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 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 장애상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장애관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장애관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다

⑤ 「장애관련 납입면제기간」은 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'을 주기로 하며, 「장애관련 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 「장애관련 납입면제기간」으로 합니다.



⑥ 제3조(보험금의 지급사유)에서 피보험자의 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 끝나는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후 보건복지부 「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정시기(별표3 참조)에 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장애상태가 결정된 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 상태를 기준으로 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

⑦ 제3조(보험금의 지급사유)에서 장애인 등록이 완료되었을 때 자폐성장애, 정신장애, 뇌전증장애를 제외한 장애에서 2종류 이상의 장애가 동시에 중복되어 있는 경우에는 중복장애 합산시 장애등급 상향조정표(별표4 참조)에 해당되는 보험금을 지급합니다.

⑧ “질병중증장애(1,2,3급)생활자금”을 보험수익자가 일시에 지급 받기를 원하는 경우 회사는 “평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액”과 “이 특약의 적용이율(보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 말하며, 이하 「적용이율」이라 합니다)을 연단위 복리로 할인한 금액”중 큰 금액을 일시에 지급합니다.

⑨ 제3항 및 제4항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표(별표6 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑩ 제9항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

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

⑫ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표6 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑬ 제3항 및 제4항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑭ 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표6 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제14항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표6 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표6 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 장애분류표(별표6 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표6 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

⑰ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제3항 및 제4항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑱ 제17항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑲ 제18항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑳ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제18항의 청약일로 하여 적용합니다.

㉑ 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.

㉒ 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

4. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

5. 피보험자의 선천적기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병

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, 장애진단서, 사망진단서 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

4. 장애인등록증

5. 장애등급결정서(2종류 이상의 장애가 중복되는 경우에 한합니다)

6. 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.

③ 제1항 제4호의 장애인등록증은 장애인복지법 시행규칙 제4조(장애인등록증 교부 등)에 의해 발급한 것으로 합니다.

④ 제1항 제5호의 장애등급결정서는 “장애인복지법 시행규칙 제3조(장애인의 등록신청 및 장애진단), 제6조(장애등급 조정), 제7조(장애상태 확인)”에 의한 「장애등급심사규정」 제12조(심사결과 및 통지) 제2항에 의해 발급한 것으로 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 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 제2회 이후 “질병중증장애(1,2,3급)생활자금”의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려 드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표7(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 지급사유와 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제21항 및 제22항에 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]

회사는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병중증장애(1,2,3급)생활자금을 일시에 지급하는 경우에 한해 “평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액”과 “적용이율을 연단위 복리로 할인한 금액”중 큰 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

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 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 갱신행보험인 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]

신입원특약N(갱신행,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 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 "질병중증장애(1,2,3급)생활자금"의 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 제 1 항에도 불구하고 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
- ③ 제 2 항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제 2 항의 ‘태아가 출생하기 전’임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.
- ④ 제 1 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1 장애인의 종류 및 기준(선천성 제외)

질병고도장애(1,2급)생활자금특약N(갱신형,무배당) 약관의 (별표1)과 동일

별표2 장애인의 장애등급표(선천성 제외)

질병고도장애(1,2급)생활자금특약N(갱신형,무배당) 약관의 (별표2)와 동일

별표3 「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정 시기

질병고도장애(1,2급)생활자금(선천성포함)특약K(갱신형,무배당) 약관의 (별표3)과 동일

별표4 중복장애 합산시 장애등급 상향조정표

질병고도장애(1,2급)생활자금(선천성포함)특약K(갱신형,무배당) 약관의 (별표4)와 동일

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	적립기간	적립이율
제1회 질병중증장애 (1,2,3급)생활자금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(40%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(60%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(80%)
제2회 이후 질병중증장애 (1,2,3급)생활자금 (제3조)	제2회 이후 해당 질병중증장애 (1,2,3급)생활자금 지급해 당일의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 1. 제2회 이후 질병중증장애(1,2,3급)생활자금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 제2회 이후 해당 질병중증장애(1,2,3급)생활자금 지급해당일의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
4. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

유산진단위로금특약D(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: (별표3) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애: (별표4) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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: 전제 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 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 계약일부터 분만일까지로 합니다.

제2조의3 [“유산”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “유산”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어 유산된 임신으로 분류되는 질병[별표1(유산 분류표) 참조]을 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, “태아가 모체 밖에서는 생명을 유지할 수 없는 시기에 태아와 그 부속물들을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 수술”(이하 “인공임신중절 수술”이라 합니다)은 보장에서 제외합니다. 다만, 모자보건법 제14조 및 동법 시행령 제15조(별표2 참조)에 해당하는 경우에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ “유산”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제2조의4 [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 “유산”으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 특약보험가입금액의 1%를 “유산진단위로금”으로 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(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 면제합니다.
- ③ 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(별표4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 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.
- ⑤ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표4 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 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 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ⑧ 제2항의 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.
- ⑨ 제8항에도 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.
- ⑩ 장해분류표(별표4 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표4 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑪ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한 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, 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
4. 이 특약 가입시 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있었을 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[유산확인서, 분만과 관련된 사고증명서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장애진단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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) 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 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 금액을 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [보험료 정산에 관한 사항]

- ① 특약을 체결할 때 보험기간은 1년을 기준으로 체결하며, 제2조의2(특약의 보험기간)에서 정한 보험기간 이후 납입한 보험료는 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 “산출방법서”라 합니다)에 정한 방법에 따라 환급하여 드립니다.
- ② 제1항의 보험료 정산 사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 보험료 정산과 관련된 서류를 제출하고 보험료 정산을 청구하여야 합니다.
- ③ 제1항에 따라 환급되는 보험료는 정산일까지의 기간에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제13조의3 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자의 부양자[임신한 모(母)에 한합니다]로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인[임신한 모(母)에 한합니다]으로 합니다.

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 금액이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 금액이 없거나 최초 가입할 때 안내한 금액보다 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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다
 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 이 특약의 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 유산진단위로금의 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 금액을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 금액을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

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 금액을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 금액을 계약자에게 지급합니다.

제22조 [해지환급금]

- ① 이 특약은 해지환급금이 없습니다. 단, 특약이 해지된 시점에 산출방법서에 따른 미경과보험료적립금 등이 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따른 금액의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 지급합니다. 제1항에 따른 금액 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표 1

유산 분류표

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

구 분	대 상 질 병 명	분류번호
유산된 임신	· 자궁외임신	000
	· 포상기태	001
	· 기타 비정상적 수태부산물	002
	· 자연유산	003
	· 의학적 유산	004
	· 기타 유산	005
	· 상세불명의 유산	006
	· 시도된 유산의 실패	007
	· 유산, 자궁외임신 및 기태임신에 따른 합병증	008

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

별표2

모자보건법 제14조 및 동법 시행령 제15조

□ **모자보건법 제 14 조(인공임신중절수술의 허용한계)**

① 의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에만 본인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다)의 동의를 받아 인공임신중절수술을 할 수 있다.

1. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 우생학적(優生學的) 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우
2. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 전염성 질환이 있는 경우
3. 강간 또는 준강간(準強姦)에 의하여 임신된 경우
4. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척 간에 임신된 경우
5. 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우

② 제 1 항의 경우에 배우자의 사망·실종·행방불명, 그 밖에 부득이한 사유로 동의를 받을 수 없으면 본인의 동의만으로 그 수술을 할 수 있다.

③ 제 1 항의 경우 본인이나 배우자가 심신장애로 의사표시를 할 수 없을 때에는 그 친권자나 후견인의 동의로, 친권자나 후견인이 없을 때에는 부양의무자의 동의로 각각 그 동의를 갈음할 수 있다.

□ **동법 시행령 제 15 조(인공임신중절수술의 허용한계)**

① 법 제 14 조에 따른 인공임신중절수술은 임신 24 주일 이내인 사람만 할 수 있다.

② 법 제 14 조 제 1 항 제 1 호에 따라 인공임신중절수술을 할 수 있는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환은 연골무형성증, 낭성섬유증 및 그 밖의 유전성 질환으로서 그 질환이 태아에 미치는 위험성이 높은 질환으로 한다.

③ 법 제 14 조 제 1 항 제 2 호에 따라 인공임신중절수술을 할 수 있는 전염성 질환은 풍진, 독소플라즈마증 및 그 밖에 의학적으로 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성 질환으로 한다.

※ 상기 법령이 변경될 경우에는 변경된 법령에 따릅니다.

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
유산진단위로금 (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%)
제22조 제1항에 따른 금액	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 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.

임신·출산질환입원특약D(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 체결 시점의 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 계약일부터 분만후 42일까지로 합니다.

제2조의3 [“임신·출산질환”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “임신·출산질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1(임신·출산질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “임신·출산질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조의4 [“입원”의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자가 피보험자의 “임신·출산질환”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정

한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조의5 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

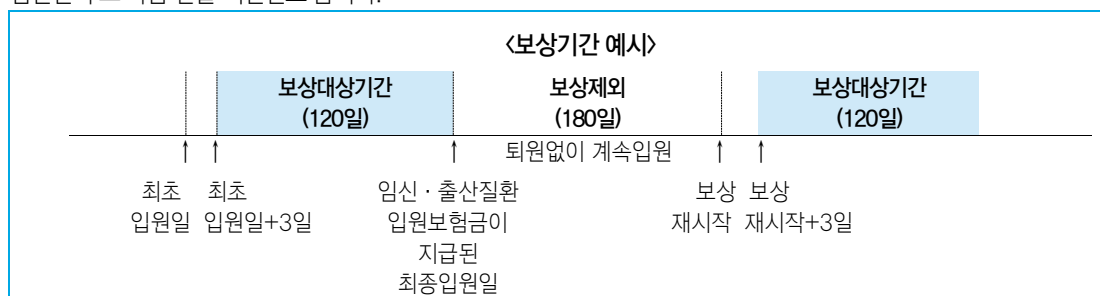
제 2 관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “임신·출산질환”으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 “임신·출산질환”의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 입원하였을 때에는 최초 3일을 제외한 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.1%를 보험수익자에게 “임신·출산질환입원보험금”으로 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 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병으로 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ④ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 “임신·출산질환입원보험금”의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 “임신·출산질환입원보험금”의 지급사유에 해당하는 입원기간 중 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제4항에 따라 계속 “임신·출산질환입원보험금”을 지급합니다.
- ⑥ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병으로 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제4항을 적용합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 질병에 의한 입원이라도 “임신·출산질환입원보험금”이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 “임신·출산질환입원보험금”이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 “임신·출산질환입원보험금”이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑧ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 “임신·출산질환입원보험금”의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑨ 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병으로 인한 “임신·출산질환입원보험금”을 지급합니다.
- ⑩ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다.

다만, 장애분류표(별표3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑪ 제10항에 따라 장애지급률이 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 장애상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑫ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑬ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑭ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑮ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 제15항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑰ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

⑱ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑲ 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.

⑳ 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.

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, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장애진단서, 사망진단서 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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) 제19항 및 제20항에 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이익을 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
 - ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 금액을 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [보험료 정산에 관한 사항]

- ① 이 특약을 체결할 때 보험기간은 1년을 기준으로 체결하며, 제2조의2(특약의 보험기간)에서 정한 보험기간 이후 납입한 보험료는 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 “산출방법서”라 합니다)에 정한 방법에 따라 환급하여 드립니다.
- ② 제1항의 보험료 정산 사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 보험료 정산과 관련된 서류를 제출하고 보험료 정산을 청구하여야 합니다.
- ③ 제1항에 따라 보험료를 환급하는 경우 회사는 정산일까지의 기간에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 계약자에게 지급합니다.

제13조의3 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자의 부양자[임신한 모(母)에 한합니다]로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인[임신한 모(母)에 한합니다]으로 합니다.

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 금액이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 금액이 없거나 최초 가입할 때 안내한 금액보다 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, 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) 또는 주계약 약관에서 별도로 정한 사항이 있는 경우에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 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 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 금액을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 금액을 계약자에게 지급합니다.

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

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 금액을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 금액을 계약자에게 지급합니다.

제22조 [해지환급금]

① 이 특약은 해지환급금이 없습니다. 단, 특약이 해지된 시점에 산출방법서에 따른 미경과보험료적립금 등이 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따른 금액의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 지급합니다. 제1항에 따른 금액 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표4(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
 ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1

임신 · 출산질환 분류표

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

대 상 질 병 명	분류번호
· 임신, 출산 및 산후기의 부증, 단백뇨 및 고혈압성 장애	O10~O16
· 주로 임신에 관련된 기타 산모장애	O20~O29
· 태아와 양막강 그리고 가능한 분만문제에 관련된 산모관리	O30~O48
· 진통 및 분만의 합병증	O60~O75
· 주로 산후기에 관련된 합병증	O85~O92

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

별표2 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표3 장애분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표4

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

구 분	기 간	적립이율
임신·출산질환 입원보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(40%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(60%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(80%)
제22조 제1항에 따른 금액	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내: 평균공사이율의 50% 1년 초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 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.

임신·출산질환수술특약D(무배당) 약관

제1 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. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 체결 시점의 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 계약일부터 분만후 42일까지로 합니다.

제2조의3 [“임신·출산질환”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “임신·출산질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1(임신·출산질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “임신·출산질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조의4 [“수술”의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 “임신·출산질환”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 수술하는 것을 말합니다. 이 때 수술

이란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 포함됩니다)을 말합니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치, 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) 등은 제외됩니다.

[신의료기술평가위원회]

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

또한, 이 특약에서 말하는 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 말합니다.

제2조의5 [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 “임신·출산질환”으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 “임신·출산질환”의 직접적인 치료를 목적으로 수술하였을 경우에는 수술 1회당 특약보험가입금액의 1%를 보험수익자에게 “임신·출산질환수술보험금”으로 지급합니다. 단, 내시경수술, 카테터수술 및 신의료수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 1회의 보험금을 지급한도로 하며, 60일이 지난 후 수술을 받은 경우 그 수술일을 새로운 수술개시일로 봅니다.

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 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 따라 장애지급률이 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 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용함

니다.

⑦ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑧ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

⑪ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한 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, 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[수술증명서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장애인단서, 사망진단서 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 지

급하거나 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 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 지급사유와 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 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 이익을 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 금액을 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [보험료 정산에 관한 사항]

① 이 특약을 체결할 때 보험기간은 1년을 기준으로 체결하며, 제2조의2(특약의 보험기간)에서 정한 보험기간 이후 납입한 보험료는 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 “산출방법서”라 합니다)에 정한 방법에 따라 환급하여 드립니다.

② 제1항의 보험료 정산 사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 보험료 정산과 관련된 서류를 제출하고 보험료 정산을 청구하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 보험료를 환급하는 경우 회사는 정산일까지의 기간에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 계약자에게 지급합니다.

제13조의3 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자의 부양자[임신한 모(母)에 한합니다]로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인[임신한 모(母)에 한합니다]으로 합니다.

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 금액이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 금액이 없거나 최초 가입할 때 안내한 금액보다 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, 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) 또는 주계약 약관에서 별도로 정한 사항이 있는 경우에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 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 끝나고 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 해지되었

으나 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 금액을 계약자에게 지급합니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 금액을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

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 금액을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 금액을 계약자에게 지급합니다.

제22조 [해지환급금]

- ① 이 특약은 해지환급금이 없습니다. 단, 특약이 해지된 시점에 산출방법서에 따른 미경과보험료적립금 등이 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따른 금액의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 지급합니다. 제1항에 따른 금액 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표4(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
 ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1 임신·출산질환 분류표
 임신·출산질환입원특약D(무배당) 약관의 (별표1)과 동일

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)

구 분	기 간	적립이율
임신·출산질환 수술보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(40%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(60%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(80%)
제22조 제1항에 따른 금액	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 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.

3대장애진단특약K(갱신형,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: (별표2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 [“3대장애” 및 “장애인”의 정의]

- ① 이 특약에 있어서 “3대장애”라 함은 시각장애, 청각장애, 언어장애를 말합니다.

② 이 특약에 있어서 “장애인”이라 함은 「장애인복지법 시행령」 제2조에서 정한 장애인 중 시각장애인, 청각장애인 또는 언어장애인으로 등록된 자를 말합니다.(별표1 “장애인의 종류 및 기준” 참조)

제2조의4 [법령 등의 개정에 따른 계약 내용의 변경]

- ① 제2조의3(“3대장애” 및 “장애인”의 정의)에 의한 “장애인”의 판정기준(이하 “장애인 판정기준”이라 합니다)이 「장애인복지법」 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애인을 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 법령의 개정으로 장애인 판정기준이 폐지 또는 변경되어 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애인의 판정이 불가능한 경우 회사는 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 “장애”와 관련된 새로운 보장내용으로 이 계약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 및 보험료 변경내역 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경일 시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환 받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2조의5 [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 재해 또는 질병(선천제외)[한국표준질병·사인분류 상의 (A00~R99, U00~U99)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)은 제외하며, 이하 “질병(선천제외)”라 합니다]으로 “3대장애” 중 하나 이상의 장애가 발생하고 “장애인”이 된 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 특약보험가입금액의 100%를 진단보험금으로 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 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 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 장애상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장애관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장애관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다

<장해관련 납입면제기간 예시>

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

← 장해관련 납입면제기간(15년) → ← 장해관련 납입면제기간(15년) → ... ← 장해관련 납입면제기간 →

↑ ↑ ↑ ← 장해관련 납입면제 → ↑ ↑

(2013.1.1) (2027.12.31) 장해관련 납입면제 (2042.12.31) 장해관련 장해관련

계약체결일 장해관련 사유 발생 후 납입면제기간 납입면제기간 납입면제기간

계약체결일 만료일 차회 보험료 납입일 만료일 만료일 만료일

특약보험료 납입 특약보험료 납입 특약보험료 납입 특약보험료 납입 특약보험료 납입

[최종갱신계약의 [최종갱신계약의 [최종갱신계약의 [최종갱신계약의 [최종갱신계약의

보험기간 만료일 보험기간 만료일 보험기간 만료일 보험기간 만료일 보험기간 만료일]

⑦ 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.

⑨ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑪ 제3항 및 제4항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제3항 및 제4항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑰ 제16항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑮ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제16항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑯ 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.

⑰ 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
4. 피보험자의 선천적 기형, 선천적 질환 및 이에 근거한 상병

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, 장애진단서, 사망진단서 등]
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 장애인등록증
 5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에 서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제1항 제4호의 장애인등록증은 장애인복지법 시행규칙 제4조(장애인등록증 교부 등)에 의해 발급한 것으로 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) 제19항 및 제20항에 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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 30세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 30세 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제16조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우다만, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

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

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1	장애인의 종류 및 기준
약관에 규정하는 장애인의 종류(시각장애인, 청각장애인, 언어장애인) 및 기준은 [장애인복지법 시행령 제2조(장애인의 종류 및 기준)]을 따릅니다.	
장애인의 종류	기준
1. 시각장애인 (視覺障礙人)	가. 나쁜 눈의 시력(만국식시력표에 따라 측정된 교정시력을 말하며, 이하 같습니다)이 0.02 이하인 사람 나. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람 다. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람 라. 두 눈의 시야 2분의 1 이상을 잃은 사람
2. 청각장애인 (聽覺障礙人)	가. 두 귀의 청력 손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람 나. 한 귀의 청력 손실이 80데시벨(dB) 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨(dB) 이상인 사람 다. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람 라. 평형 기능에 상당한 장애가 있는 사람
3. 언어장애인 (言語障礙人)	음성 기능이나 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애가 있는 사람

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)

구 분	기 간	적립이율
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	1년 이내: 평균공시이율의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

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

정신행동장애위로금특약K(갱신형,무배당) 약관

제1 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. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 [“정신행동장애”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “정신행동장애”라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1(정신행동장애 분류표)에서 정한 질병을

말합니다.

② “정신행동장애”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조의4 [“입원”의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하“의사”라 합니다)가 피보험자의 “정신행동장애”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조의5 [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 “정신행동장애”로 진단이 확정되고 “정신행동장애”의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하여 치료를 받는 경우에는 보험수익자에게 특약보험가입금액의 1%를 “정신행동장애위로금”으로 지급합니다.

설명	〈 보험금 지급 예시 〉			※ 특약보험가입금액 1,000만원 기준		
	총 입원일수	4일이상 입원 해당 여부	지급금액			
	3일	해당하지 않음	없음			
	4일	해당	10만원			
	15일	해당	10만원			

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

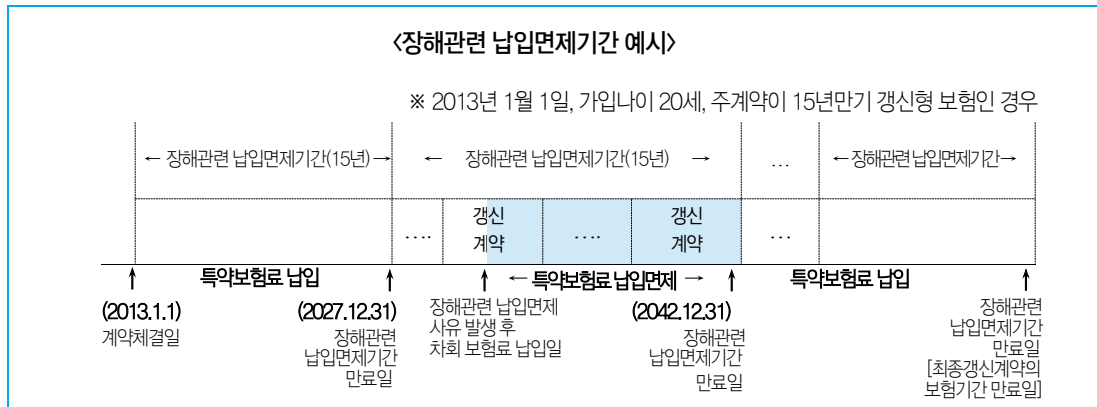
① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우(단, 주계약이 유효한 경우에 한합니다)에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 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 장애상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장애관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장애관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다

⑤ 「장애관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장애관련 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 「장애관련 납입면제기간」으로 합니다.



- ⑥ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 “정신행동장애”의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑦ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 “정신행동장애”로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더합니다.
- ⑧ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 “정신행동장애위로금”의 지급사유에 해당하는 입원기간 중 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 “정신행동장애위로금”을 보장합니다.
- ⑨ 제7항에도 불구하고 동일한 “정신행동장애”에 대한 입원이라도 “정신행동장애위로금”이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다.
- ⑩ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 “정신행동장애위로금”의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑪ 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 “정신행동장애”를 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 “정신행동장애위로금”을 지급합니다.
- ⑫ 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.
- ⑬ 제12항에 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.
- ⑭ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑮ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑯ 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.
- ⑰ 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.
- ⑱ 제17항에도 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.
- ⑲ 장해분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑳ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금

을 지급하지 않으며, 제3항 및 제4항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

㉔ 제20항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

㉕ 제21항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

㉖ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제21항의 청약일로 하여 적용합니다.

㉗ 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.

㉘ 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[입원증명서, 진단서(병명기입), 진료기록부, 장애진단서, 사망진단서 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 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) 제24항 및 제25항에 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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 기

간에 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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 30세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 30세 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 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 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.
- ④ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
 ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표 1

정신행동장애 분류표

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

대 상 질 병 명	분류번호
· 증상성을 포함하는 기질성 정신장애	F00~F09
· 알츠하이머병	G30
· 피크병	G31.00
· 조현병, 분열형 및 망상 장애	F20~F29
· 기분[정동] 장애	F30~F39
· 신경증성, 스트레스-연관 및 신체형 장애	F40~F48
· 생리적 장애 및 신체적 요인들과 수반된 행동 증후군	F50~F59
· 성인 인격 및 행동의 장애	F60~F69
· 정신지체	F70~F79
· 정신발달장애	F80~F89
· 소아기 및 청소년기에 주로 발병하는 행동 및 정서 장애	F90~F98
· 상세불명의 정신장애	F99

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

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)

구 분	기 간	적립이율
정신행동장애위로금 (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

- (주) 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.

재해보장Ⅱ 특약K(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 지급 사유)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. 장애: (별표4) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [두부(頭部) 또는 안면부(顔面部)의 “현저한 추상” 및 “추상”의 정의]

- ① 이 특약에 있어서 두부 또는 안면부의 “현저한 추상”이라 함은 재해로 인하여 두부 또는 안면부에 최대 길이 10cm 이상 또는 직경 5cm 이상의 흉터 또는 조직함몰이 된 경우로서 성형수술을 하여도 더 이상 흉터나 함몰이 없어지지 않는다는 의사의 진단이 있는 경우를 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 두부 또는 안면부의 “추상”이라 함은 재해로 인하여 두부 또는 안면부에 최대 길이 5cm 이상 10cm 미만 또는 직경 2cm 이상 5cm 미만의 흉터 또는 조직함몰이 된 경우로서 성형수술을 하여도 더 이상 흉터나 함몰이 없어지지 않는다는 의사의 진단이 있는 경우를 말합니다.

제2조의4 [“출산손상골절 및 재해골절” 및 “5대 재해골절”의 정의]

① 이 특약에 있어서 “출산손상골절 및 재해골절”이라 함은 출산손상 또는 재해로 인하여 뼈의 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태에서 별표5[출산손상골절 및 재해골절(치아의 파절 제외) 분류표]에서 정한 골절을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 “5대 재해골절”이라 함은 제1항에서 정한 “재해골절” 중 별표6(5대 재해골절 분류표)에서 정한 골절을 말합니다.

제2조의5 [“학교”, “학생” 및 “학교생활”의 정의]

① 이 특약에 있어서 “학교”라 함은 유아교육법 제2조의 유치원과 초·중·고등교육법 제2조의 초등학교, 중학교, 고등학교 및 이들 학교에 준한 각종학교와 학교형태의 사회 교육시설을 말하며, “학생”이란 이러한 학교에 입학, 등록하여 수학하는 자를 말합니다.

② 이 특약에 있어서 “학교생활”이라 함은 다음 각호에 해당하는 경우를 말합니다.

1. 학교의 교육과정과 학교의 장이 정하는 교육계획 및 교육방침에 의거하여 학교내외에서 행하는 수업, 특별활동, 과외활동, 소풍, 수학여행, 수련활동, 체육대회 등의 활동과 청소시간 및 휴식시간
2. 국가 또는 지방자치단체가 주최하는 행사로서 학교의 장이 인정하는 행사에의 참가활동
3. 학교의 장이 인정하는 체육대회, 예술대회 등 각종 대회 참가활동
4. 통상적 방법에 의한 통학 중(등, 하교 중)
5. “학교외의 수업 등이 행해지는 장소, 집합, 해산 장소”와 “주거, 기숙사”간의 합리적인 경로 및 방법에 의한 왕복 중
6. 학교기숙사에 있을 때

제2조의6 [“강력범죄”의 정의]

이 특약에 있어서 “강력범죄”라 함은 다음 각 호에서 정하는 범죄(이하 “강력범죄”라 합니다)로 관할경찰서장이 발행하는 사고사실확인서를 기준으로 합니다.

1. 형법 제24장에서 정하는 살인의 죄
2. 형법 제25장에서 정하는 상해와 폭행의 죄
3. 형법 제32장에서 정하는 강간의 죄
4. 형법 제38장에서 정하는 강도의 죄
5. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률에 정하는 폭행 등의 죄

제2조의7 [“자전거” 및 “자전거탑승중 교통재해”의 정의]

① 이 특약에 있어서 “자전거”라 함은 「도로교통법」 제2조(정의)에서 정한 무동력 자전거에 한하며, 동조에서 정한 이륜자동차 및 원동기장치자전거는 제외합니다. 이때, 「도로교통법」 제2조(정의)에서 정한 자전거란 「자전거이용 활성화에 관한 법률」 제2조 제1호에 따른 자전거로 사람의 힘으로 페달이나 손페달을 사용하여 움직이는 구동장치(驅動裝置)와 조향장치(操向裝置) 및 제동장치(制動裝置)가 있는 두 바퀴 이상의 차로써 행정자치부령으로 정하는 크기와 구조를 갖춘 것을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 “자전거탑승중 교통재해”라 함은 「도로교통법」 제2조(정의)에서 정한 도로에서 자전거 승차중 일어난 교통재해[교통재해분류표(별표2 참조)에서 정하는 교통재해를 말하며 이하 “교통재해”라 합니다]를 말합니다. “자전거탑승중 교통재해”는 관할 경찰서에 접수되어 처리된 사건에 한하며, 경찰서 교통사고사실확인서(관할 경찰서장 발행)와 의사 진단서를 기준으로 합니다.

제2조의8 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보

험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 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 이 특약의 보험기간 중 출산손상 또는 재해로 인하여 제2조의4(“출산손상골절 및 재해골절” 및 “5대 재해골절”의 정의)에서 정한 “골절” 상태가 되었을 때 : 재해골절진단보험금
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 제2조의4(“출산손상골절 및 재해골절” 및 “5대 재해골절”의 정의)에서 정한 “5대 재해골절” 상태가 되었을 때 : 5대 재해골절진단보험금
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2조의5(“학교”, “학생” 및 “학교생활”의 정의)에서 정한 학교생활 중 재해로 인하여 장해분류표(별표4 참조) 중 장해지급률이 3%이상 100%이하인 장해상태가 되었을 때 : 학교생활 중 재해장해보험금
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “강력범죄”의 피해자가 되어 상해를 입고, 그 상해의 정도가 1개월을 초과하는 기간 동안 계속적인 의사의 치료를 요하는 때 : 강력범죄피해보험금
6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 6세 이상 80세(30세 만기의 경우 30세) 미만에 “자전거탑승중 교통재해”를 원인으로 장해분류표(별표4 참조) 중 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되었을 때 (단, 최초 1회에 한함) : 자전거탑승중 고도재해장해보험금

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(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 면제합니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유) 제1호에서 재해로 인하여 두부 또는 안면부에 흉터 또는 조직함몰이 되어 그 상태가 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 보험금 지급여부를 결정합니다.
- ④ 제3항에 따라 보험금 지급여부를 결정하였으나 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 상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 상태를 기준으로 보험금 지급여부를 결정합니다.
- ⑤ 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 지급합니다.
- ⑥ 제3조(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.
- ⑦ 제3조(보험금의 지급사유) 제2호 및 제3호의 경우 회사는 피보험자가 동일한 재해로 인하여 2가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 “재해골절진단보험금” 및 “5대 재해골절진단보험금”은 각 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 “재해골절진단보험금” 및 “5대 재해골절진단보험금”을 지급하지 않습니다.
- ⑧ 제3조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우 회사는 피보험자의 6세 계약해당일부터 80세(30세 만기의 경우 30세) 계약해당일의 전일까지 보장합니다. 따라서 피보험자의 6세 계약해당일 이전 또는 80세(30세 만기의 경우 30세) 계약해당일 이후에 “자전거탑승중 고도재해장해보험금” 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑨ 제2항, 제3조(보험금의 지급사유) 제4호 및 제6호에서 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.
- ⑩ 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 제2항, 제3조(보험금의 지급사유) 제4호 및 제6호의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표4 참

조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑫ 제2항, 제3조(보험금의 지급사유) 제4호 및 제6호의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑬ 제2항, 제3조(보험금의 지급사유) 제4호 및 제6호의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표 4 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제3조(보험금의 지급사유) 제4호에서 다른 재해로 인하여 장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 장애가 이미 “학교생활 중 재해장해보험금”을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 “학교생활 중 재해장해보험금”에서 이미 지급받은 “학교생활 중 재해장해보험금”을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 제3조(보험금의 지급사유) 제4호에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장애가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또 다시 제15항에 규정하는 장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장애에 대한 “학교생활 중 재해장해보험금”이 지급된 것으로 보고 최종 장애상태에 해당하는 “학교생활 중 재해장해보험금”에서 이미 지급받은 것으로 간주한 “학교생활 중 재해장해보험금”을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장애로 “학교생활 중 재해장해보험금”의 지급사유가 되지 않았던 장애
2. 제1호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 “학교생활 중 재해장해보험금”의 지급사유가 되지 않았던 장애 또는 “학교생활 중 재해장해보험금”이 지급되지 않았던 장애

설명	〈제4조 제16항 제1호 예시〉 보험가입 전 한 팔에 장애지급률 5%에 해당하는 장애가 있었던 피보험자가 보험가입 후 “학교생활 중 재해”로 팔의 장애가 장애지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 “학교생활 중 재해”로 인한 장애지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장애지급률 5%를 뺀 75%에 해당하는 보험금을 지급합니다. 〈제4조 제16항 제2호 예시〉 보험기간 중 발생한 질병을 원인으로 오른쪽 눈에 장애지급률 5%에 해당하는 장애가 있었던 피보험자가 이후에 “학교생활 중 재해”를 원인으로 눈의 장애가 장애지급률 80%에 해당하는 장애가 된 경우 이 특약은 질병으로 인한 장애는 보장하지 않으므로 장애지급률 80%에서 질병으로 인한 장애지급률 5%를 뺀 75%에 해당하는 보험금을 지급합니다.

⑰ 동일한 재해로 인한 장애지급률은 100%를 한도로 합니다.

⑱ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑲ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑳ 제19항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료 납입을 면제합니다.

㉑ 제20항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

㉒ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제20항의 청약일로 하여 적용합니다.

㉓ 장애분류표(별표 4 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표 4 참조)의 구분에 준하여

장해지급률을 결정합니다.

㉔ 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.

㉕ 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.

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, 장해진단서, 골절진단서, 관할경찰서 사고사실확인서, 상해진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 별표 7(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. 분쟁조정 신청

3. 수사기관의 조사

4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사

5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유와 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제24항 및 제25항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르

기로 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 지급합니다.
- 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 사유없이 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 “학교생활 중 재해장해보험금” 및 “자전거탑승중 고도재해장해보험금”의 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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 기

간에 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 [특약내용의 변경 등]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 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 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.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제6관 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.
- ④ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

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 출산손상 또는 재해로 인하여 골절상태가 되었을 때
지급금액	골절 발생1회당 특약보험가입금액의 3% [단, 동일한 원인으로 2가지 이상의 골절(복합골절)시 1회만 지급함]

(3) 5대 재해골절진단보험금(약관 제3조 제3호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 5대 재해골절상태가 되었을 때
지급금액	5대 재해골절 발생1회당 특약보험가입금액의 2% [단, 동일한 재해로 2가지 이상의 골절(복합골절)시 1회만 지급함] [5대 재해골절진단보험금 지급사유 발생시 재해골절진단보험금 추가로 지급]

(4) 학교생활 중 재해장해보험금(약관 제3조 제4호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 학교생활 중 재해로 인하여 장애분류표(별표4 참조) 중 장해지급률이 3%이상 100%이하인 장애상태가 되었을 때
지급금액	특약보험가입금액의 100% × 해당 장해지급률

(5) 강력범죄피해보험금(약관 제3조 제5호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “강력범죄”의 피해자가 되어 상해를 입고, 그 상해의 정도가 1개월을 초과하는 기간 동안 계속적인 의사의 치료를 요하는 때
지급금액	사고발생 1회당 특약보험가입금액의 10%

(6) 자전거탑승중 고도재해장해보험금(약관 제3조 제6호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 6세 이상 80세(30세 만기의 경우 30세) 미만에 “자전거탑승중 교통재해”를 원인으로 장해분류표(별표4 참조) 중 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되었을 경우(단, 최초 1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 100%

- (※) 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. (5)의 경우, 피보험자의 사망은 보험금 지급사유에 포함되지 않으며, 병원에서 전치 1개월을 초과하는 진단확인서가 필요합니다.
3. (6)의 경우, 회사는 피보험자의 6세 계약해당일부터 80세(30세 만기의 경우 30세) 계약해당일의 전일까지 보장합니다. 따라서 피보험자의 6세 계약해당일 이전 또는 80세(30세 만기의 경우 30세) 계약해당일 이후에 “자전거탑승중 고도재해장해보험금” 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

별표2 교통재해 분류표
교통재해장해특약N(무배당) 약관의 (별표1)과 동일

별표3 재해분류표
주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표4 장해분류표
주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표5 출산손상골절 및 재해골절(치아의 파절 제외) 분류표

대상이 되는 “출산손상골절 및 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. 척추 및 척수의 출산 손상	P11.5
2. 출산손상으로 인한 두개골 골절	P13.0
3. 두개골의 기타 출산손상	P13.1
4. 대퇴골의 출산손상	P13.2
5. 기타 긴뼈의 출산손상	P13.3
6. 출산손상으로 인한 쇄골의 골절	P13.4
7. 기타 골격 부분의 출산손상	P13.8
8. 상세불명의 골격의 출산손상	P13.9

9.두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
10.목의 골절	S12
11.늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
12.요추 및 골반의 골절	S32
13.어깨 및 위팔의 골절	S42
14.아래팔의 골절	S52
15.손목 및 손부위의 골절	S62
16.대퇴골의 골절	S72
17.발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
18.발목을 제외한 발의 골절	S92
19.여러 신체 부위를 침범한 골절	T02
20.척추의 상세불명 부위의 골절	T08
21.팔의 상세불명 부위의 골절	T10
22.다리의 상세불명 부위의 골절	T12
23.상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

(※) 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

별표6

5대 재해골절 분류표

대상이 되는 “5대 재해골절”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.

구 분	기 간	적 립 이 율
재해보험금 ^(※1) (제3조 제1호에서 제6호)	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. 재해보험금이란 약관 제3조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제6호의 “재해성형보험금”, “재해골절진단보험금”, “5대 재해골절진단보험금”, “학교생활 중 재해장해보험금”, “강력범죄피해보험금” 및 “자전거 탑승중 고도재해장해보험금”을 말합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 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 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

다발성소아암진단특약K(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: (별표4) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애: (별표5) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 체결 시점의 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“다발성 소아암”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “다발성 소아암”이라 함은 별표2(다발성 소아암 관련 악성신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “다발성 소아암”의 진단 확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세비늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “다발성 소아암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의4 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3[악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침

습 방광암 및 대장점막내암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “제2조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암”, “제2조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

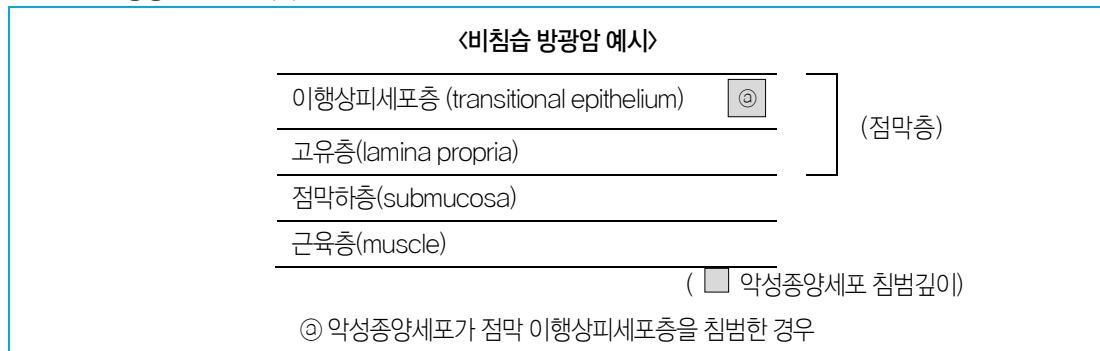
[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발 부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- 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 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”은 제2조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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.

제2조의5 [“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정]

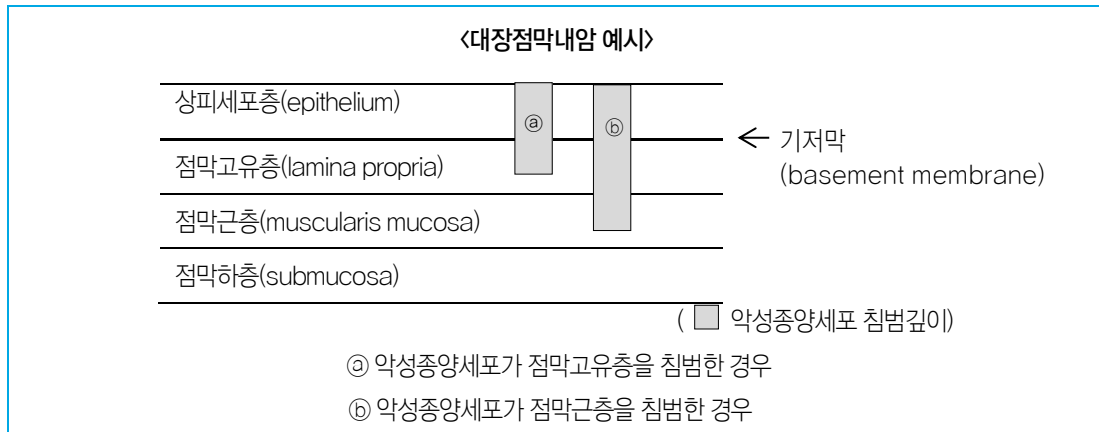
- ① 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”이라 함은 방광의 이행상피세포층(transitional epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 점막 고유층(lamina propria)까지는 침범하지 않은 비침습 유두암(papillary carcinoma) 상태로 ‘AJCC 암병기설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제7판’에서 정한 병기상 TaNOM0인 방광암을 말합니다.



- 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 자격을 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]

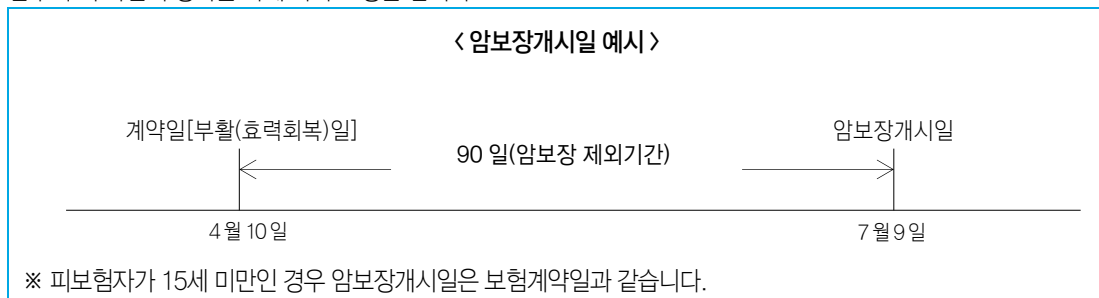
- ① 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리와 전문의 자격을 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 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2조의3(“다발성 소아암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “다발성 소아암” 및 제2조의4(“암” 등의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(단, 계약일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 계약일, 이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.



제 2 관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “다발성 소아암”으로 진단이 확정되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 다발성소아암진단보험금으로 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 장애분류표(별표5 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

- ③ 피보험자가 암보장개시일 전에 “다발성 소아암 이외의 암”으로 진단 확정되고 그 후에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 암보장개시일 전에 이미 진단 확정된 “다발성 소아암 이외의 암”으로 인한 경우에는 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 계약일부터 1년 이내에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 단, 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)인 경우에는 보험금의 100%를 지급합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자는 피보험자가 암보장개시일 전에 “다발성 소아암 이외의 암”으로 진단 확정된 경우에는 진단일로부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 이 특약을 취소할 수 있으며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- ⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “다발성 소아암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 회사가 보장을 합니다.
- ⑦ 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(별표5 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑧ 제7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 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 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표5 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑪ 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 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ⑫ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표5 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표5 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표5 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑭ 장해분류표(별표5 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표5 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑮ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑯ 제15항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑰ 제16항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑱ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제16항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑲ 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.
- ⑳ 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.
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(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 별표6(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) 제19항 및 제20항에 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

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.

㉔ 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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(“다발성 소아암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “다발성 소아암”으로 진단 확정되는 경우

제15조 [특약내용의 변경 등]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 다발성소아암진단보험금의 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 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 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 제1항에도 불구하고 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 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. 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날[단, 부활(효력회복)일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 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.

제6 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 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

보험금 지급기준표

□ 다발성소아암진단보험금 (약관 제3조)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 다발성 소아암으로 진단이 확정되었을 때 (최초 1회에 한하여 지급)
지급금액	계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

- (주) 1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약일부터 1년 이내(계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 특약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우에는 적용하지 않습니다.
2. 이 특약의 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(단, 계약일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 계약일)로 합니다. 단, 부활(효력회복)특약의 경우에는 부활(효력회복)일로부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(단, 부활(효력회복)일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일)입니다.

다발성 소아암 관련 악성신생물 분류표

약관에 규정하는 다발성 소아암 관련 악성신생물로 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. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	
· 수막의 악성신생물	C70
· 뇌의 악성신생물	C71
· 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
2. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
· 호지킨 림프종	C81
· 소포성 림프종	C82
· 비소포성 림프종	C83
· 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
· 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
· 림프성 백혈병	C91
· 골수성 백혈병	C92
· 단핵구성 백혈병	C93
· 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
· 상세불명 세포형의 백혈병	C95
· 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
· 만성 골수증식 질환	D47.1
· 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

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

별표3 악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)
주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표4 재해분류표
주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표5 장해분류표
주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표6 **보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제7조 제2항 및 제22조 제2항 관련)**

구 분	기 간	적립이율
다발성소아암 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

- (주) 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.

다발성소아암진단특약K(갱신형,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: (별표4) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애: (별표5) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 [“다발성 소아암”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “다발성 소아암”이라 함은 별표2(다발성 소아암 관련 악성신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

다.

② “다발성 소아암”의 진단 확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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 피부험자가 “다발성 소아암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의4 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3[악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “제2조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암”, “제2조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발 부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

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 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.

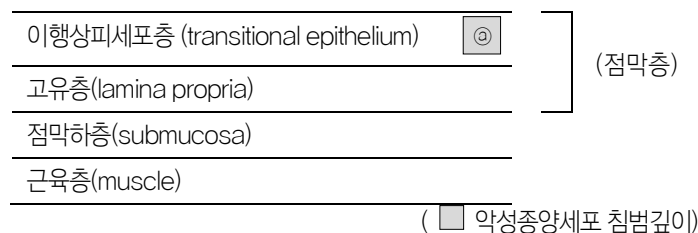
⑤ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”은 제2조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑥ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단 확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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 피부험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”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 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 TaNOMO인 방광암을 말합니다.

〈비침습 방광암 예시〉



② 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

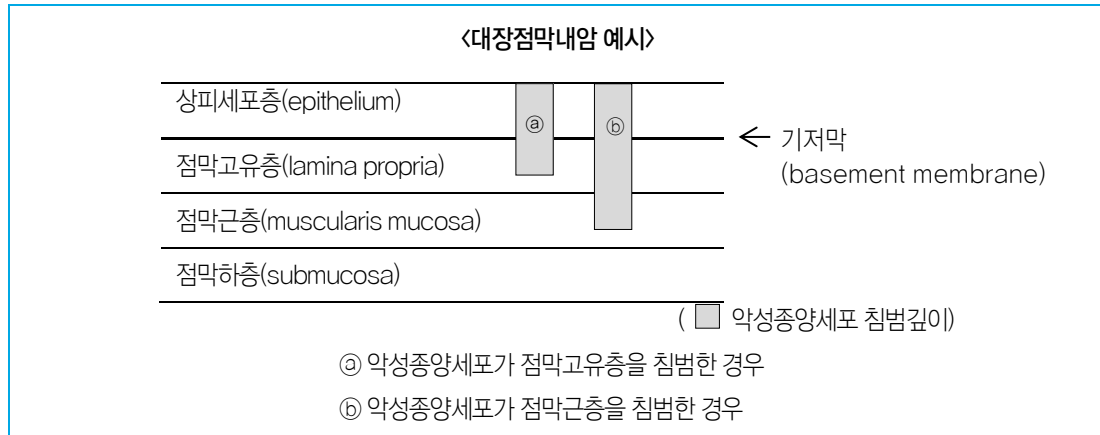
② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리와 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상

기에 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.



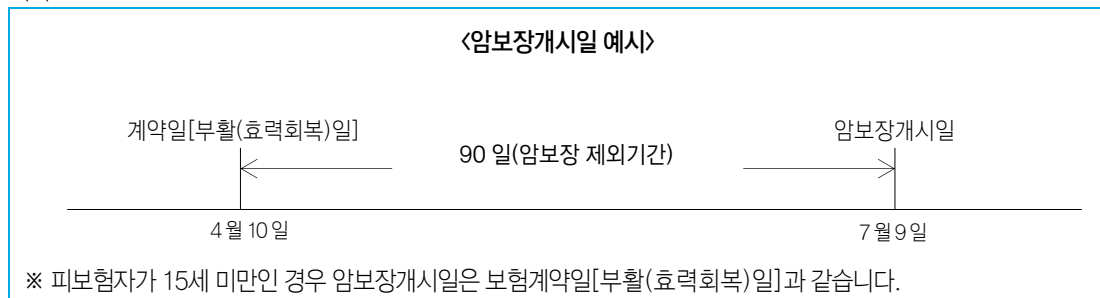
② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리와 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의7 [특약의 보장개시일]

① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 제2조의3(“다발성 소아암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “다발성 소아암” 및 제2조의4(“암” 등의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “암” 보장에 대한 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(단, 계약일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 계약일, 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 날(단, 부활(효력회복)일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일)로 합니다.



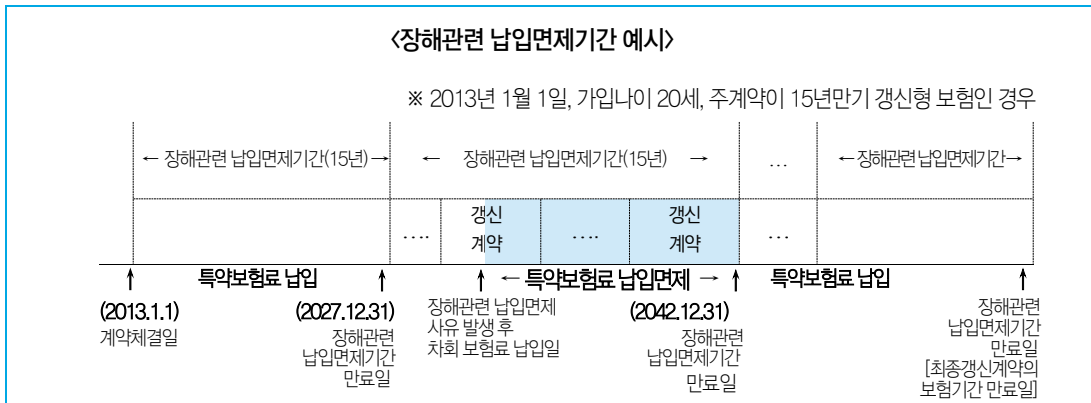
제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “다발성 소아암”으로 진단이 확정되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 다발성소아암진단보험금으로 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 장애분류표(별표5 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 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 장애상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장애관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장애관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장애관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장애관련 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 「장애관련 납입면제기간」으로 합니다.



- ⑥ 피보험자가 암보장개시일 전에 “다발성 소아암 이외의 암”으로 진단 확정되고 그 후에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 암보장개시일 전에 이미 진단 확정된 “다발성 소아암 이외의 암”으로 인한 경우에는 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자에게 이 특약의 암보장개시일 이후 최초계약의 계약일로부터 1년 이내에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일로부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 단, 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)인 경우에는 보험금의 100%를 지급합니다.
- ⑧ 제6항에도 불구하고 계약자는 피보험자가 암보장개시일 전에 “다발성 소아암 이외의 암”으로 진단 확정된 경우에는 진단일로부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 이 특약을 취소할 수 있으며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- ⑨ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “다발성 소아암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 회사가 보장을 합니다.
- ⑩ 제3항 및 제4항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재

해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표(별표5 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑪ 제10항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 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.

⑫ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑬ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표5 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

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 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑮ 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(별표5 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 제15항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표5 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표5 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑰ 장해분류표(별표5 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표5 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑱ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제3항 및 제4항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑲ 제18항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑳ 제19항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

㉑ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제19항의 청약일로 하여 적용합니다.

㉒ 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.

㉓ 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[해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 장애인단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 별표6(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 지급사유와 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 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인일 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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 30세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 30세 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]

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(“다발성 소아암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “다발성 소아암”으로 진단 확정되는 경우

제15조 [특약내용의 변경 등]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 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 다발성소아암진단보험금의 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.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 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 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 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. 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날[단, 부활(효력회복)일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 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]

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제7관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
 ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표

□ 다발성소아암진단보험금(약관 제3조)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 다발성 소아암으로 진단이 확정되었을 때 (최초 1회에 한하여 지급)
지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

- (주)1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 1년 이내(최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약 또는 특약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우에는 적용하지 않습니다.
 2. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(단, 계약일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 계약일)로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 단, 부활(효력회복)특약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(단, 부활(효력회복)일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일)입니다.

별표2

다발성 소아암 관련 악성신생물 분류표
 다발성소아암진단특약K(무배당) 약관의 (별표2)와 동일

별표3

악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)
 주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표 4

재해분류표
 주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표 5

장해분류표
 주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표6

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

구 분	기 간	적립이율
다발성소아암진단보험금 (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

- (주) 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.

소아백혈병진단특약K(무배당) 약관

제1 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: (별표4) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애: (별표5) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 체결 시점의 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“소아백혈병”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “소아백혈병”이라 함은 별표2(소아백혈병 관련 악성신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “소아백혈병”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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 “소아백혈병”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의4 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3[악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침

습 방광암 및 대장점막내암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “제2조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암”, “제2조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발 부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

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.

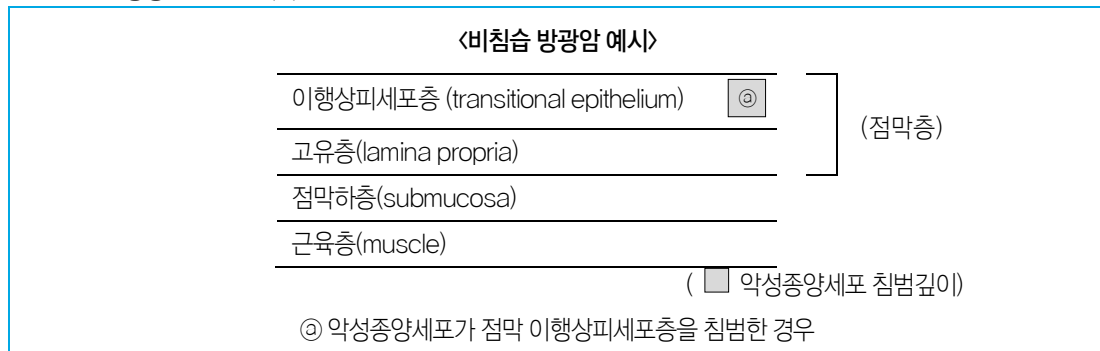
④ 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”은 제2조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”은 제2조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑥ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단 확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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.

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 TaNOM0인 방광암을 말합니다.

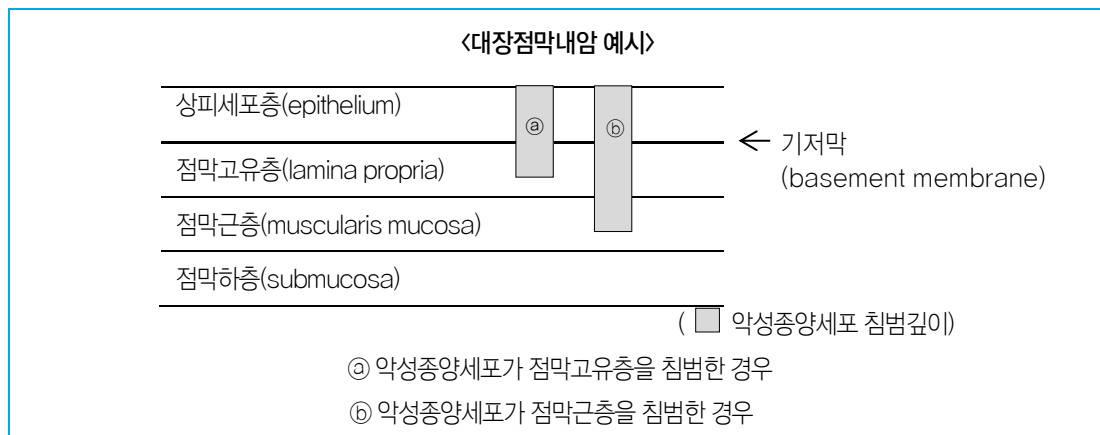


② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리와 전문의 자격을 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]

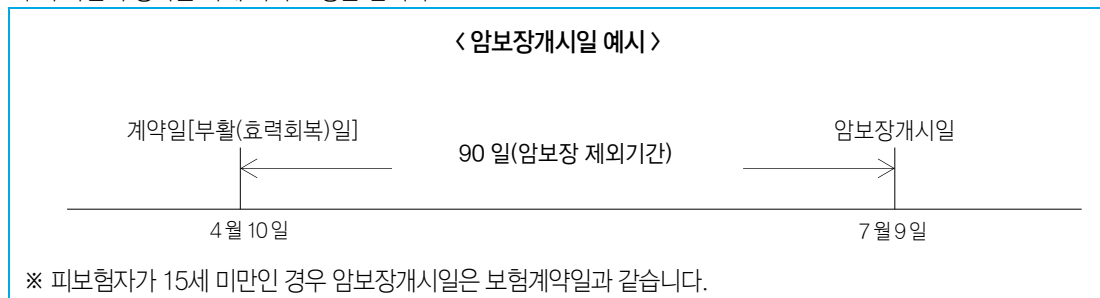
① 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리와 전문의 자격을 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 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2조의3(“소아백혈병”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “소아백혈병” 및 제2조의4(“암” 등의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날 (단, 계약일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 계약일, 이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.



제 2 관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “소아백혈병”으로 진단이 확정되었을 경우에는 최초1회에 한하여 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 소아백혈병진단보험금으로 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 장애분류표(별표5 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

- ③ 피보험자가 암보장개시일 전에 “소아백혈병 이외의 암”으로 진단 확정되고 그 후에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 암보장개시일 전에 이미 진단 확정된 “소아백혈병 이외의 암”으로 인한 경우에는 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자에게 이 특약의 암보장개시일 이후 계약일부터 1년 이내에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 단, 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)인 경우에는 보험금의 100%를 지급합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자는 피보험자가 암보장개시일 전에 “소아백혈병 이외의 암”으로 진단 확정된 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 이 특약을 취소할 수 있으며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- ⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “소아백혈병”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 회사가 보장을 합니다.
- ⑦ 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(별표5 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑧ 제7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 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 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표5 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑪ 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 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ⑫ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(별표5 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표5 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표5 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑭ 장해분류표(별표5 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표5 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑮ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑯ 제15항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑰ 제16항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑱ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제16항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑲ 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.
- ⑳ 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.
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(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 장애인단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 별표6(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 지급사유와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제19항 및 제20항에 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

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.

㉔ 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(講約)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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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(“소아백혈병”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “소아백혈병”으로 진단 확정되는 경우

제15조 [특약내용의 변경 등]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)”에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 소아백혈병진단보험금의 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 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 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 제1항에도 불구하고 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 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. 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날[단, 부활(효력회복)일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일]로 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]

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

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

③ 제1항에도 불구하고 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

④ 제3항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제7관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

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

② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표 1

보험금 지급기준표

□ 소아백혈병진단보험금 (약관 제3조)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 소아백혈병으로 진단이 확정되었을 때 (최초 1회에 한하여 지급)
지급금액	계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

- (주) 1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약일부터 1년 이내(계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 특약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우에는 적용하지 않습니다.
2. 이 특약의 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(단, 계약일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 계약일)로 합니다. 단, 부활(효력회복)특약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(단, 부활(효력회복)일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일)입니다.

별표 2

소아백혈병 관련 악성신생물 분류표

약관에 규정하는 소아백혈병 관련 악성 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
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
· 림프성 백혈병	C91
· 골수성 백혈병	C92
· 단핵구성 백혈병	C93
· 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
· 상세불명 세포형의 백혈병	C95
· 만성 골수증식 질환	D47.1
· 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

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

별표 3

악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)
주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표 4

재해분류표
주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표 5 장해분류표
주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표6 **보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제7조 제2항 및 제22조 제2항 관련)**

구 분	기 간	적립이율
소아백혈병 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

- (주) 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.

중대한뇌졸중진단특약K(무배당) 약관

제1 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. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 체결 시점의 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“중대한 뇌졸중”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “중대한 뇌졸중”이라 함은 별표1(“중대한 뇌졸중”의 정의)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “중대한 뇌졸중”의 진단 확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 따른 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외) 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제2조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “중대한 뇌졸중”으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 특약보험가입금액의 100%를 진단보험금으로 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 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “중대한 뇌졸중”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 회사가 보장을 합니다.
- ④ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌졸중”으로 진단 확정되었으나 급격한 상태 악화로 장애지급률의 판정 없이 사망한 경우에는 그 사망일을 “중대한 뇌졸중” 진단 확정일로 간주하고 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장하여 드립니다. 이 경우 보험수익자는 사망일 이전에 급격한 상태 악화로 장애지급률의 확정이 불가능하였다는 의사소견서를 회사에 제출하여야 합니다.
- ⑤ 제4항에서 “뇌졸중”이라 함은 “중대한 뇌졸중”의 원인이 되는「별표1(“중대한 뇌졸중”의 정의) 제1항」의 뇌경색증, 뇌출혈, 지주막하 출혈을 말합니다. 단, 「별표1(“중대한 뇌졸중”의 정의) 제4항」에서 정한 질병은 제외합니다.
- ⑥ “뇌졸중”의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 따른 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과 의사 제외) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “뇌졸중”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정기의 기초로 할 수 있습니다.
- ⑦ 회사는 제4항에 따라 진단보험금을 지급한 경우에도 장애지급률이 판정된 것으로 간주하지 않습니다.
- ⑧ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑩ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑪ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑫ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑬ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서

별로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

⑯ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑰ 제16항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑱ 제17항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑲ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제17항의 청약일로 하여 적용합니다.

㉔ 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.

㉕ 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.

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, 장애진단서, 사망진단서 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 지급사유와 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 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(講約)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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다

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.

3. 이 특약의 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금의 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 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

③ 제1항에도 불구하고 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

④ 제3항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

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

② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표 1

“중대한 뇌졸중”의 정의

① “중대한 뇌졸중”이라 함은 뇌경색증, 뇌출혈, 지주막하 출혈이 발생하여 뇌혈액순환의 급격한 차단이 생겨서 그 결과 영구적인 신경학적결손이 나타나는 질병을 말합니다.

② 제1항의 뇌혈액순환의 급격한 차단은 의사가 작성한 진료기록부상의 전형적인 병력을 기초로 하여야 하며, 영구적인 신경학적 결손이란 주관적인 자각증상(symptom)이 아니라 신경학적검사를 기초로 한 객관적인 신경학적증후(sign)로 나타난 장애로서 장애분류표(별표3 참조)에서 정한 “신경계에 장애가 남아 일상생활

기본동작에 제한을 남긴 때”의 지급률이 25% 이상인 장애상태를 말합니다.

③ “중대한 뇌졸중”의 진단 확정은 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET scan), 단일광자전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 영구적인 신경학적 결손에 일치되게 “중대한 뇌졸중”에 특징적인 소견이 발병 당시 새롭게 출현함을 근거로 하여야 합니다.

④ 일과성허혈발작(transient ischemic attack)은 보장에서 제외합니다. 또한, 다음과 같은 뇌출혈, 뇌경색은 보장에서 제외합니다

- 가.외상에 의한 뇌출혈
- 나.뇌종양으로 인한 뇌출혈
- 다.뇌수술 합병증으로 인한 뇌출혈
- 라.신경학적결손을 가져오는 안동맥(ophthalmic artery)의 폐색

⑤ 장애분류표(별표3 참조)에서 정한 “신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때”의 지급률은 [장애분류별 판정기준 13. 신경계 · 정신행동 장애 “가. 장애의 분류 1)” 및 “나. 장애판정기준 1) 신경계 ①, ③”]에 따라 판정합니다.

별표 2 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표 3 장애분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표4

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

구 분	기 간	적립이율
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

- (주) 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.

중대한뇌졸중진단특약K(갱신형,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: (별표2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 [“중대한 뇌졸중”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “중대한 뇌졸중”이라 함은 별표1(“중대한 뇌졸중”의 정의)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “중대한 뇌졸중”의 진단 확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 따른 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제2조의4 [특약의 보장개시일]

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

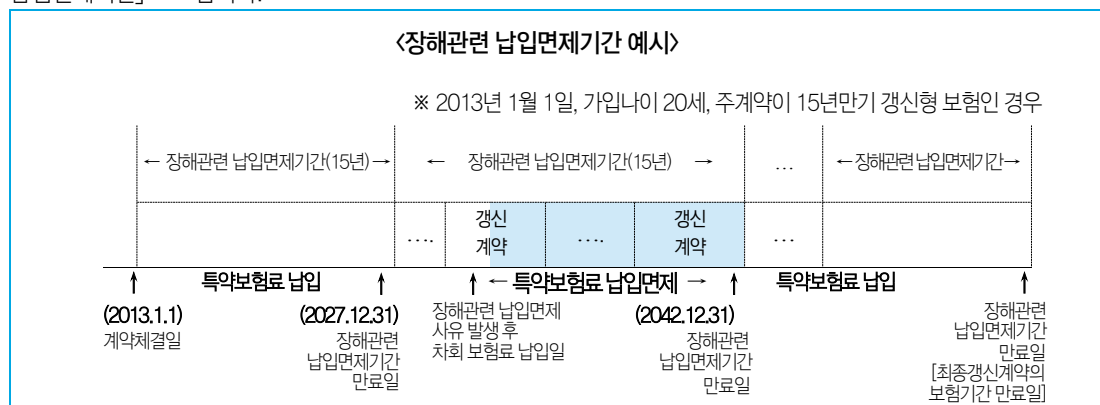
제 2 관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “중대한 뇌졸중”으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 특약보험가입금액의 100%를 진단보험금으로 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 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 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 장애상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장애관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장애관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장애관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장애관련 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 「장애관련 납입면제기간」으로 합니다.



⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “중대한 뇌졸중”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된

경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 회사가 보장을 합니다.

⑦ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌졸중”으로 진단 확정되었으나 급격한 상태 악화로 장해지급률의 판정없이 사망한 경우에는 그 사망일을 “중대한 뇌졸중” 진단 확정일로 간주하고 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장하여 드립니다. 이 경우 보험수익자는 사망일 이전에 급격한 상태 악화로 장해지급률의 확정이 불가능하였다는 의사소견서를 회사에 제출하여야 합니다.

⑧ 제7항에서 “뇌졸중”이라 함은 “중대한 뇌졸중”의 원인이 되는「별표1(“중대한 뇌졸중”의 정의) 제1항」의 뇌경색증, 뇌출혈, 지주막하 출혈을 말합니다. 단, 「별표1(“중대한 뇌졸중”의 정의) 제4항」에서 정한 질병은 제외합니다.

⑨ “뇌졸중”의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 따른 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격을 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 피보험자가 “뇌졸중”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정기의 기초로 할 수 있습니다.

⑩ 회사는 제7항에 따라 진단보험금을 지급한 경우에도 장해지급률이 판정된 것으로 간주하지 않습니다.

⑪ 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.

⑫ 제11항에 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.

⑬ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑭ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

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.

⑯ 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.

⑰ 제16항에도 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.

⑱ 장해분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑲ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제3항 및 제4항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑳ 제19항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

㉑ 제20항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

㉒ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제20항의 청약일로 하여 적용합니다.

㉓ 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.

④ 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[해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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) 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 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 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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 갱신행보험인 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 갱신행보험인 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]

신입원특약N(갱신행, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

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

3. 이 특약의 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금의 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 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]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표 1 “중대한 뇌졸중”의 정의
중대한뇌졸중진단특약 K(무배당) 약관의 (별표 1)과 동일

별표 2 재해분류표
주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표 3 장해분류표
주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표4 **보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제7조 제2항 및 제22조 제2항 관련)**

구 분	기 간	적립이율
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

- (주) 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.

허혈성심장질환진단특약K(무배당) 약관

제1 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. 장애: (별표4) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 체결 시점의 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“허혈성심장질환”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “허혈성심장질환”이라 함은 별표2(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “허혈성심장질환”의 진단 확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 따른 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외) 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “허혈성심장질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조의4 [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 “허혈성심장질환”으로 진단이 확정되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 진단보험금으로 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 장애분류표(별표4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 계약일부터 1년 이내에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 단, 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)인 경우에는 보험금의 100%를 지급합니다.
- ④ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “허혈성심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 회사가 보장을 합니다.
- ⑤ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표4 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에 따라 장애지급률이 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 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑧ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표4 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑨ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑩ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표4 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 장애분류표(별표4 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표4 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑬ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑮ 제14항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑯ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제14항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑰ 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.

⑱ 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.

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 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 지급사유와 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 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(講約)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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다
 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이 때 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 이 특약의 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금의 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 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표 1

보험금 지급기준표

☐ 진단보험금 (약관 제3조)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단이 확정되었을 때 (최초 1회에 한하여 지급)
지급금액	계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

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

별표2

허혈성심장질환 분류표

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

대 상 질 병 명	분류번호
· 협심증	I20
· 급성심근경색증	I21
· 후속심근경색증	I22
· 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
· 기타 급성 허혈성심장질환	I24
· 만성 허혈성심장병	I25

(주) 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 장애분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표5

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

구 분	기 간	적립이율
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	1년 이내: 평균공시이율의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 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.

성조숙증진단특약K(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. 장애: (별표2) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 체결 시점의 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“성조숙증”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “성조숙증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(성조숙증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “성조숙증”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 및 한의사 제외) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 증상과 함께

관련 검사(호르몬검사, 영상검사 등)에서 기질적 이상이 확인된 때를 말합니다. 또한 회사가 성조숙증의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 피보험자의 5세 계약해당일로 합니다. 단, 제1회 보험료를 납입하지 않은 경우에는 보장이 개시되지 않습니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “성조숙증”으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 특약보험가입금액의 2%를 진단보험금으로 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 경우 또는 이 특약의 보장개시 전에 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(별표2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표2 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 따라 장애지급률이 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 장애상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑤ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표2 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑧ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표2 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 장애분류표(별표2 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표2 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑪ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기

간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑫ 제11항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑬ 제12항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑭ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제12항의 청약일로 하여 적용합니다.

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.

⑯ 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.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 악물복용

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(호르몬검사, 영상검사 등), 진료기록부, 장애진단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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. 다

만, 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

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(淸約)하고 회사가 승낙(承諾)한 경우 피보험자의 5세 계약해당일에 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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. 이 특약의 보장개시일(5세) 이전에 피보험자가 “성조숙증”으로 진단 확정받은 경우

제15조 [특약내용의 변경 등]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 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.
 3. 이 특약의 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금의 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 계약자는 이 특약의 보험료를 피보험자의 5세 계약해당일에 해당하는 보험료 납입기일부터 납입하여야 합니다.
- ② 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입 기간으로 합니다.
- ③ 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선 납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ④ 제3항에도 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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(보험금)

지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

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

② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표2 장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표3

성조숙증 분류표

약관에 규정하는 성조숙증이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
조발사춘기	E30.1

(주) 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

별표4

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

구 분	기 간	적립이율
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

- (주) 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.

화상진단특약K(무배당) 약관

제1 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. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 체결 시점의 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“화상”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “화상”이라 함은 별표1(화상 분류표)에서 정한 화상(열상 포함)에 해당되고, 심재성 2도 이상에 해당하는 화상을 말합니다.
- ② “화상”의 진단 확정은 해당 분야의 전문의 자격을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사 결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제2조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “화상”으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 특약보험가입금액의 1%를 “화상진단보험금”으로 지급합니다. 이 때, “화상진단보험금”은 매년(매년 계약해당일부터 1년을 단위로 합니다) 1회에 한하여 보험금 지급사유가 발생할 때마다 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 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “화상”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 회사가 보장을 합니다.
- ④ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑥ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑦ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑧ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑨ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑪ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑫ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑬ 제12항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료 납입을 면제합니다.
- ⑭ 제13항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑮ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제13항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑯ 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.

⑰ 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.
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 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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) 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.

㉔ 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)”에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 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 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

③ 제1항에도 불구하고 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

④ 제3항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1

화상 분류표

약관에 규정하는 화상이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 분류번호를 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
· 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
· 몸통의 화상 및 부식	T21
· 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
· 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
· 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
· 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
· 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
· 기도의 화상 및 부식	T27
· 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
· 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
· 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
· 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
· 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
· 방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

(※) 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

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)

구 분	기 간	적립이율
화상진단보험금 (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

- (주) 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.

화상진단특약K(갱신형,무배당) 약관

제1 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. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 [“화상”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “화상”이라 함은 별표1(화상 분류표)에서 정한 화상(열상 포함)에 해당되고, 심재성 2도 이상에 해

당하는 화상을 말합니다.

② “화상”의 진단 확정은 해당 분야의 전문의 자격을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사 결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

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 “화상”으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 특약보험가입금액의 1%를 “화상진단보험금”으로 지급합니다. 이 때, “화상진단보험금”은 매년(매년 계약해당일부터 1년을 단위로 합니다) 1회에 한하여 보험금 지급사유가 발생할 때마다 지급합니다.

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

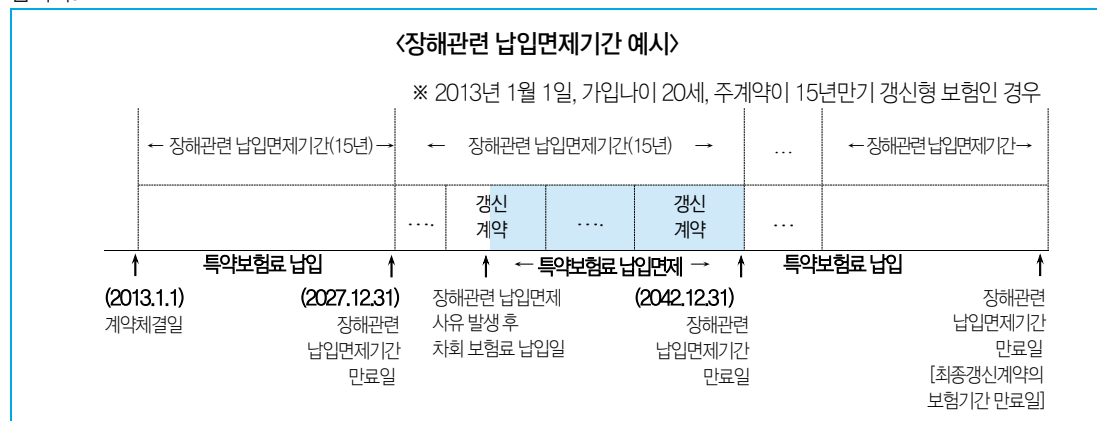
① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우(단, 주계약이 유효한 경우에 한합니다)에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 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 장애상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장애관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장애관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다

⑤ 「장애관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장애관련 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 「장애관련 납입면제기간」으로 합니다.



⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “화상”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는

그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 회사가 보장을 합니다.

⑦ 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.

⑧ 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 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑪ 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.

⑫ 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.

⑬ 제12항에도 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.

⑭ 장해분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑮ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3항 및 제4항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑯ 제15항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료 납입을 면제합니다.

⑰ 제16항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑱ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제16항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑲ 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.

⑳ 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[해당 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장애인단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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) 제19항 및 제20항에 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 자녀형 중 선택하여 청약(講約)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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 자녀형에 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. 자녀형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함) 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.
- ② 자녀형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함)의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

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, 본인형의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 하며, 자녀형에서 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 27세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 27세 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 - 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 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 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.

제5 관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1 화상 분류표
화상진단특약K(무배당) 약관의 (별표1)과 동일

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)**

구 분	기 간	적립이율
화상진단보험금 (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

- (주) 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.

1형당뇨병진단특약K(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: (별표2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 체결 시점의 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“1형 당뇨병”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “1형 당뇨병”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1(1형 당뇨병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “1형 당뇨병”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 및 한의사 제외) 자격을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “1형 당뇨병”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조의4 [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 “1형 당뇨병”으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 특약보험가입금액의 100%를 진단보험금으로 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 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간 이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내) 에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑤ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑧ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑪ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑬ 제12항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑭ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제12항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑮ 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.

⑯ 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.

⑰ 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.
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, 장애진단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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) 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

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다

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.

3. 이 특약의 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금의 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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) 제1

항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

③ 제1항에도 불구하고 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

④ 제3항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

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

② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1

1형 당뇨병 분류표

약관에 규정하는 1형 당뇨병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
· 1형 당뇨병	E10

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

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)

구 분	기 간	적립이율
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

- (주) 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.

환경성질환입원특약K(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. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“환경성질환”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “환경성질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(환경성질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “환경성질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조의4 [“입원”의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 “환경성질환”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하

에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조의5 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “환경성질환”으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 “환경성질환”의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 “환경성질환입원보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 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 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 “환경성질환입원보험금”의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
- ④ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병으로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 “환경성질환입원보험금”의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제3항에 따라 계속 “환경성질환입원보험금”을 지급합니다.
- ⑥ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제3항을 적용합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 질병에 따른 입원이라도 “환경성질환입원보험금”이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 “환경성질환입원보험금”이 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 “환경성질환입원보험금”이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.

〈보상기간 예시〉		
보상대상기간 (120일)	보상제외 (180일)	보상대상기간 (120일)
↑ 최초입원일	↑ 퇴원없이 계속입원	↑ 보상재시작
환경성질환입원보험금이 지급된 최종입원일		

- ⑧ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 “환경성질환입원보험금”의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑨ 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(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑩ 제9항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간)이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑪ 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용함

니다.

⑫ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑬ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 이 특약에서「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑯ 청약서상 계약 전 말릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑰ 제16항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑱ 제17항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑲ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제17항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑳ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

㉑ 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병에 의한 “환경성질환입원보험금”을 지급합니다.

㉒ 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.

㉓ 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.

㉔ 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.

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

다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 입원증명서, 장애인단서, 진단서(병명기입), 진료기록부 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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) 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.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 자녀형 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 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 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.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제6관 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.
- ④ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
 ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표

－ 환경성질환입원보험금(약관 제3조)

지급 사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 환경성질환으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 환경성질환의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 때
지급 금액	입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.1% (1회 입원당 120일 한도)

(주) 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 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표3 장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표4

환경성질환 분류표

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

구분	대 상 질 병 명	분류번호
아토피	· 아토피성 피부염	L20
알레르기성비염	· 혈관운동성 및 알러지성 비염	J30
천식	· 천식	J45
	· 천식지속상태	J46
급성기관지염	· 급성 기관지염	J20
	· 급성 세기관지염	J21
폐렴	· 달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
	· 폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	· 인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	· 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	· 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	· 달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	· 거대세포바이러스폐렴	B25.0
	· 폐렴이 합병된 홍역	B05.2
	· 수두폐렴	B01.2
	· 폐톡소포자충증	B58.3
	· 상세불명 병원체의 폐렴	J18
외부요인에 의한 폐질환	· 탄광부진폐증	J60
	· 석면 및 기타 광섬유에 의한 진폐증	J61
	· 실리카를 함유한 먼지에 의한 진폐증	J62
	· 기타 무기물먼지에 의한 진폐증	J63
	· 상세불명의 진폐증	J64
	· 결핵과 연관된 진폐증	J65
	· 특정 유기물먼지에 의한 기도질환	J66
	· 유기물먼지에 의한 과민성 폐렴	J67
	· 화학물질, 가스, 훈증기 및 물김의 흡입에 의한 호흡기병태	J68
	· 고체 및 액체에 의한 폐렴	J69
	· 기타 외부요인에 의한 호흡기병태	J70
중금속에 의한 질환	· 약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태	N14
	· 정상적으로는 혈액내에 없는 약물 및 기타 물질의 소견	R78
	· 금속의 독성효과	T56

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

별표5

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

구 분	기 간	적립이율
환경성질환입원보험금 (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

- (주) 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.

4대중증질병입원특약K(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. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“4대중증질병”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “4대중증질병”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(4대중증질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “4대중증질병”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조의4 [“입원”의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 “4대중증질병”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리

하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조의5 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “4대중증질병”으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 “4대중증질병”의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 “4대중증질병입원보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 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 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 “4대중증질병입원보험금”의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
- ④ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병으로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 “4대중증질병입원보험금”의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제3항에 따라 계속 “4대중증질병입원보험금”을 지급합니다.
- ⑥ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제3항을 적용합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 질병에 따른 입원이라도 “4대중증질병입원보험금”이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 “4대중증질병입원보험금”이 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 “4대중증질병입원보험금”이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.

〈보상기간 예시〉		
↑	보상대상기간 (120일)	보상제외 (180일)
↑	↑	↑
최초입원일	4대중증질병입원보험금이 지급된 최종입원일	퇴원없이 계속입원 보상재시작

- ⑧ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 “4대중증질병입원보험금”의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑨ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑩ 제9항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간 이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑪ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용함

니다.

⑫ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑬ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 이 특약에서「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑯ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑰ 제16항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑱ 제17항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑲ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제17항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑳ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

㉑ 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병에 의한 “4대중증질병입원보험금”을 지급합니다.

㉒ 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.

㉓ 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.

㉔ 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.

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

다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 입원증명서, 장애인단서, 진단서(병명기입), 진료기록부 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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) 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.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 자녀형 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 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 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.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제6관 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.
- ④ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
 ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표

－ 4대중증질병입원보험금(약관 제3조)

지급 사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 4대중증질병으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 4대중증질병의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 때
지급 금액	입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.1% (1회 입원당 120일 한도)

(※) 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 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표3 장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

4대중증질병 분류표

약관에 규정하는 “4대중증질병”으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대 상 질 병 명	분류번호
뇌질환	· 지주막하 출혈	I60
	· 뇌내출혈	I61
	· 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
	· 뇌경색증	I63
	· 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	· 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	· 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	· 기타 뇌혈관 질환	I67
	· 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	· 뇌혈관질환의 후유증	I69
	· 두개내손상	S06
	· 수막의 양성신생물	D32
	· 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성신생물	D33
	· 뇌하수체의 양성신생물	D35.2
	· 두개인두관의 양성신생물	D35.3
	· 송과선의 양성신생물	D35.4
간·췌장질환	· 알콜성 간질환	K70
	· 독성간질환	K71
	· 달리 분류되지 않는 간부전	K72
	· 달리 분류되지 않는 만성 간염	K73
	· 간의 섬유증 및 경변증	K74
	· 기타 염증성 간질환	K75
	· 간의 기타 질환	K76
	· 달리 분류된 질환에서의 간장애	K77
	· 거대세포바이러스간염	B25.1
	· 톡소포자충감염	B58.1
	· 급성 췌장염	K85
	· 췌장의 기타 질환	K86
	· 복부대동맥의 손상	S35.0
	· 복강내기관의 손상	S36
	· 간의 양성 신생물	D13.4
	· 간외담관의 양성 신생물	D13.5
	· 췌장의 양성 신생물(내분비 췌장은 제외)	D13.6
	· 내분비췌장의 양성 신생물	D13.7

구분	대 상 질 병 명	분류번호
심질환	· 심장 침범이 있는 류마티스 열	I01
	· 류마티스무도병	I02
	· 류마티스성 승모판질환	I05
	· 류마티스성 대동맥판질환	I06
	· 류마티스성 삼첨판질환	I07
	· 다발판막질환	I08
	· 기타 류마티스심장질환	I09
	· 협심증	I20
	· 급성 심근경색증	I21
	· 후속심근경색증	I22
	· 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	· 기타 급성 허혈심장질환	I24
	· 만성 허혈심장병	I25
	· 폐색전증	I26
	· 기타 폐성 심장질환	I27
	· 폐혈관의 기타 질환	I28
	· 급성 심장막염	I30
	· 심장막의 기타 질환	I31
	· 달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	· 수막구균성 심장병	A39.5
	· 급성 및 아급성 심내막염	I33
	· 비류마티스성 승모판장애	I34
	· 비류마티스성 대동맥판장애	I35
	· 비류마티스성 삼첨판 장애	I36
	· 폐동맥판장애	I37
	· 상세불명 판막의 심내막염	I38
	· 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
	· 칸디다심내막염	B37.6
	· 급성 심근염	I40
	· 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	· 심근병증	I42
	· 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
	· 방실차단 및 좌각차단	I44
	· 기타 전도장애	I45
	· 심장정지	I46
	· 발작성 빈맥	I47
	· 심방세동 및 조동	I48
	· 기타 심장부정맥	I49
	· 심부전	I50
	· 심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	· 달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
	· 대동맥동맥류 및 박리	I71
	· 흉부 혈관의 손상	S25
	· 심장의 손상	S26
	· 심장의 양성 신 생물	D15.1

구분	대 상 질 병 명	분류번호
폐질환	· 폐기종	J43
	· 기타 만성 폐색성 폐질환	J44
	· 천식	J45
	· 천식지속상태	J46
	· 기관지확장증	J47
	· 폐 및 종격의 농양	J85
	· 농흉	J86
	· 달리 분류되지 않은 흉막삼출액	J90
	· 달리 분류된 병태에서의 흉막삼출액	J91
	· 흉막판	J92
	· 기흉	J93
	· 기타 흉막의 병태	J94
	· 기관의 양성 신생물	D14.2
	· 기관지 및 폐의 양성 신생물	D14.3

- (주) 1. 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 심질환의 경우 “심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열”(분류번호 I00) 및 “고혈압성 질환”(분류번호 I10~I15)은 상기 분류표에서 제외됩니다.
3. 간·췌장질환의 경우 “담석증”(분류번호 K80), “담낭염”(분류번호 K81), “담낭의 기타 질환”(분류번호 K82), “담도의 기타질환”(분류번호 K83), “달리 분류된 질환에서의 담낭, 담도 및 췌장의 장애”(분류번호 K87) 및 “바이러스 간염”(분류번호 B15~B19)은 상기 분류표에서 제외됩니다.
4. 폐질환의 경우 “급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염”(분류번호 J40), “단순성 및 점액화농성 만성 기관지염”(분류번호 J41), “상세불명의 만성 기관지염”(분류번호 J42), “외부요인에 의한 폐질환”(분류번호 J60~J70), “주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환”(분류번호 J80~J84) 및 “호흡계통의 기타 질환”(분류번호 J95~J99)은 상기 분류표에서 제외됩니다.

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

구 분	기 간	적립이율
4대중증질병입원보험금 (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

- (주) 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.

5대특정질환입원특약K(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. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“5대특정질환”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “5대특정질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(5대특정질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “5대특정질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조의4 [“입원”의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 “5대특정질환”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3

조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조의5 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “5대특정질환”으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 “5대특정질환”의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 “5대특정질환입원보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 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 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 “5대특정질환입원보험금”의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
- ④ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병으로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 “5대특정질환입원보험금”의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제3항에 따라 계속 “5대특정질환입원보험금”을 지급합니다.
- ⑥ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제3항을 적용합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 질병에 따른 입원이라도 “5대특정질환입원보험금”이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 “5대특정질환입원보험금”이 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 “5대특정질환입원보험금”이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.

〈보상기간 예시〉		
보상대상기간 (120일)	보상제외 (180일)	보상대상기간 (120일)
↑	↑	↑
최초입원일	퇴원없이 계속입원	보상재시작
5대특정질환입원보험금이 지급된 최종입원일		

- ⑧ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 “5대특정질환입원보험금”의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑨ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑩ 제9항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간)이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑪ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신

체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑫ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑬ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 이 특약에서「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑯ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑰ 제16항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑱ 제17항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑲ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제17항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑳ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

㉑ 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병에 의한 “5대특정질환입원보험금”을 지급합니다.

㉒ 이 특약은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “출생전후기에 기원한 특정 병태(P00 ~ P96)”에 해당하는 질병은 보장하지 않습니다. 단, 제8차 이후 한국표준질병·사인분류 에서 추가로 “출생전후기에 기원한 특정 병태”에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

㉓ 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.

㉔ 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.

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, 입원증명서, 장애인단서, 진단서(병명기입), 진료기록부 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 지급사유와 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.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 자녀형 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이 때 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)”에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사

망 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 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.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제6관 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.
- ④ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
 ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표

－ 5대특정질환입원보험금(약관 제3조)

지급 사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 5대특정질환으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 5대특정질환의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 때
지급 금액	입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.1% (1회 입원당 120일 한도)

(주) 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 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표3 장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

5대특정질환 분류표

약관에 규정하는 “5대특정질환”으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대 상 질 병 명	분류번호
위궤양 및 십이지장궤양	· 위궤양	K25
	· 십이지장궤양	K26
	· 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
결핵 및 결핵의 후유증	· 세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
	· 세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
	· 신경계통의 결핵	A17
	· 기타 기관의 결핵	A18
	· 결핵관절염	M01.1
	· 척추의 결핵	M49.0
	· 뼈의 결핵	M90.0
	· 결핵성 방광염	N33.0
	· 자궁경부의 결핵감염	N74.0
	· 여성 결핵성 골반염증질환	N74.1
	· 결핵성 복막염	K67.3
	· 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애	K93.0
	· 좁쌀결핵	A19
	· 결핵의 후유증	B90
신부전	· 급성 신부전	N17
	· 만성 신장병	N18
	· 상세불명의 신부전	N19
갑상선질환	· 선천성 요오드결핍증후군	E00
	· 요오드결핍과 관련된 갑상선 장애 및 동류의 병태	E01
	· 무증상 요오드결핍성 갑상선기능저하증	E02
	· 기타 갑상선기능저하증	E03
	· 기타 비독성 고이터	E04
	· 갑상선독증(갑상선기능항진증)	E05
	· 갑상선이상성 안구돌출	H06.2
	· 갑상선염	E06
	· 갑상선의 기타 장애	E07
	· 처치후 갑상선기능저하증	E89.0
녹내장	· 녹내장	H40
	· 달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42

(주) 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

별표5

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

구 분	기 간	적립이율
5대특정질환입원보험금 (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

- (주) 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.

자녀10대질병입원특약K(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. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“자녀10대질병”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “자녀10대질병”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(자녀10대질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “자녀10대질병”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조의4 [“입원”의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 “자녀10대질병”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3

조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조의5 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “자녀10대질병”으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 “자녀10대질병”의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 “자녀10대질병입원보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 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 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 “자녀10대질병입원보험금”의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
- ④ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병으로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 “자녀10대질병입원보험금”의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제3항에 따라 계속 “자녀10대질병입원보험금”을 지급합니다.
- ⑥ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제3항을 적용합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 질병에 따른 입원이라도 “자녀10대질병입원보험금”이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 “자녀10대질병입원보험금”이 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 “자녀10대질병입원보험금”이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.

〈보상기간 예시〉		
보상대상기간 (120일)	보상제외 (180일)	보상대상기간 (120일)
↑	↑	↑
최초입원일	퇴원없이 계속입원	보상재시작
	자녀10대질병입원보험금이 지급된 최종입원일	

- ⑧ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 “자녀10대질병입원보험금”의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑨ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑩ 제9항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간 이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는

진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
⑪ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑫ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑬ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 이 특약에서「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑯ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑰ 제16항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑱ 제17항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑲ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제17항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑳ 장애분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

㉑ 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병에 의한 “자녀10대질병입원보험금”을 지급합니다.

㉒ 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.

㉓ 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.

㉔ 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.

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, 입원증명서, 장애진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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) 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.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 [계약 전 알릴 의무]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 자녀형 중 선택하여 청약(講約)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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라고 합니다)”에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 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 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.

제5관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제6관 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.
- ④ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
 ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표

－ 자녀10대질병입원보험금(약관 제3조)

지급 사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 자녀10대질병으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 자녀10대질병의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 때
지급 금액	입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.1% (1회 입원당 120일 한도)

(주) 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 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표3 장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

약관에 규정하는 “자녀10대질병”으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대 상 질 병 명	분류번호
장 감염	· 콜레라	A00
	· 장티푸스 및 파라티푸스	A01
	· 기타 살모넬라감염	A02
	· 시겔라증	A03
	· 기타 세균성 장감염	A04
	· 달리 분류되지 않은 기타 세균성 음식매개중독	A05
	· 아메바증	A06
	· 기타 원충성 장질환	A07
	· 바이러스성 및 기타 명시된 장감염	A08
	· 감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염	A09
결핵 및 결핵의 후유증	· 세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
	· 세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
	· 신경계통의 결핵	A17
	· 기타 기관의 결핵	A18
	· 결핵관절염	M01.1
	· 척추의 결핵	M49.0
	· 뼈의 결핵	M90.0
	· 결핵성 방광염	N33.0
	· 자궁경부의 결핵감염	N74.0
	· 여성 결핵성 골반염증질환	N74.1
	· 결핵성 복막염	K67.3
	· 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애	K93.0
	· 좁쌀결핵	A19
	· 결핵의 후유증	B90
수막염	· 바이러스수막염	A87
	· 달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
	· 달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01
	· 달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	G02
	· 기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
뇌전증	· 뇌전증	G40
	· 뇌전증지속상태	G41
중이염	· 비화농성 중이염	H65
	· 화농성 및 상세불명의 중이염	H66
	· 달리 분류된 질환에서의 중이염	H67

구분	대 상 질 병 명	분류번호
급성상기도감염 및 급성하기도감염	· 급성 비인두염[감기]	J00
	· 급성 부비동염	J01
	· 급성 인두염	J02
	· 급성 편도염	J03
	· 급성 후두염 및 기관염	J04
	· 급성 폐색성 후두염[크룹] 및 후두개염	J05
	· 다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도감염	J06
	· 급성 기관지염	J20
	· 급성 세기관지염	J21
	· 상세불명의 급성 하기도감염	J22
폐렴	· 달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
	· 폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	· 인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	· 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	· 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	· 달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	· 거대세포바이러스폐렴	B25.0
	· 폐렴이 합병된 홍역	B05.2
	· 수두폐렴	B01.2
	· 폐독소포자충증	B58.3
	· 상세불명 병원체의 폐렴	J18
천식	· 천식	J45
	· 천식지속상태	J46
위궤양 및 십이지장궤양	· 위궤양	K25
	· 십이지장궤양	K26
	· 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
	· 위공장궤양	K28
	· 위염 및 십이지장염	K29
탈장 및 장폐색	· 사타구니탈장	K40
	· 대퇴탈장	K41
	· 배꼽탈장	K42
	· 복벽탈장	K43
	· 횡격막탈장	K44
	· 기타 복벽탈장	K45
	· 상세불명의 복벽탈장	K46
	· 탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색	K56

(주) 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

별표5

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

구 분	기 간	적립이율
자녀10대질병입원보험금 (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

- (주) 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.

깁스치료(부목제외)특약K(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. 장애: (별표2) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 체결 시점의 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“깁스(Cast)치료”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “깁스(Cast)치료”라 함은 「의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 직접적인 치료를 목적으로 “깁스(Cast)치료”가 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리 하에 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 말합니다. 단, 부목(Splint Cast)치료는 제외합니다.
- ② 제1항에서 ‘부목치료’라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제2조의4 [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 재해 또는 재해 이외의 원인으로 “깁스(Cast)치료”를 받은 경우에는 보험수익자에게 “깁스(Cast)치료” 1회당 특약보험가입금액의 1%를 “깁스치료보험금”으로 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 제3조(보험금의 지급사유)에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 깁스치료를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료보험금을 지급합니다.
- 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 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 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑥ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑦ 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표2 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑧ 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 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- 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 장해정도에 따라 장해분류표(별표2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑫ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑬ 제12항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑭ 제13항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑮ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우

부활(효력회복)을 청약한 날을 제13항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑩ 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.

⑪ 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.

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(갑스치료증명서, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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)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 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라고 합니다)”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 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 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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) 제1

항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

③ 제1항에도 불구하고 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

④ 제3항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

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

② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 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)

구 분	기 간	적립이율
갑스치료보험금 (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

- (주) 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.

음식매개세균성장염위로금특약K(갱신형,무배당) 약관

제1 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. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 [“음식매개 세균성장염”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “음식매개 세균성장염”이라 함은 음식을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성

질환으로서 별표1(음식매개 세균성장염 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② “음식매개 세균성장염”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의한 진단서에 따릅니다.

제2조의4 [“입원”의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자가 피보험자의 “음식매개 세균성장염”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조의5 [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 음식물의 섭취를 직접적인 원인으로 “음식매개 세균성장염”으로 진단이 확정되고 “음식매개 세균성장염”의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하여 치료를 받는 경우에는 보험수익자에게 특약보험가입금액의 1%를 “음식매개 세균성장염 위로금”으로 지급합니다.

설명	〈 보험금 지급 예시 〉			※ 특약보험가입금액 1,000만원 기준		
	총 입원일수	4일이상 입원 해당 여부		지급금액		
	3일	해당하지 않음		없음		
	4일	해당		10만원		
	15일	해당		10만원		

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

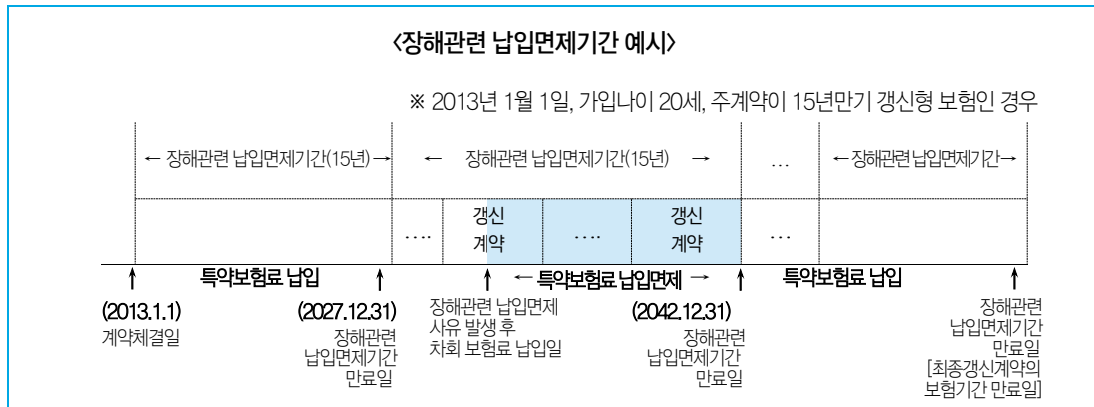
① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우(단, 주계약이 유효한 경우에 한합니다)에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 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 장애상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장애관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장애관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다

⑤ 「장애관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장애관련 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 「장애관련 납입면제기간」으로 합니다.



- 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 “음식매개 세균성장염”의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑦ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 “음식매개 세균성장염”으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더합니다.
- ⑧ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 “음식매개 세균성장염 위로금”의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 “음식매개 세균성장염 위로금”을 보장합니다.
- ⑨ 제7항에도 불구하고 동일한 “음식매개 세균성장염”에 의한 입원이라도 “음식매개 세균성장염 위로금”이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ⑩ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 “음식매개 세균성장염 위로금”의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑪ 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 “음식매개 세균성장염”을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 “음식매개 세균성장염”으로 인한 “음식매개 세균성장염 위로금”을 지급합니다.
- ⑫ 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.
- ⑬ 제12항에 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.
- ⑭ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑮ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑯ 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.
- ⑰ 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.
- ⑱ 제17항에도 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.
- ⑲ 장해분류표(별표3 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표3 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑳ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기

간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제3항 및 제4항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

㉑ 제20항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

㉒ 제21항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

㉓ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제21항의 청약일로 하여 적용합니다.

㉔ 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.

㉕ 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[해당 질병 진단서(병명기입), 입원증명서, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 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) 제24항 및 제25항에 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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 기

간에 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 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 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]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
 ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표 1

음식매개 세균성장염 분류표

약관에 규정하는 음식매개 세균성장염으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
· 기타 살모넬라감염	A02
· 시겔라증	A03
· 기타 세균성 장감염	A04
· 달리 분류되지 않는 기타 세균성 음식매개중독	A05
· 아메바증	A06
· 기타 원충성 장 질환	A07
· 해산물로 섭취한 유해물질의 독성효과	T61
· 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 독성효과	T62

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

별표 2 재해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표 3 장해분류표

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

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

구 분	기 간	적립이율
음식매개 세균성장염 위로금 (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

- (주) 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.

중증세균성수막염진단특약K(갱신형,무배당) 약관

제1 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. 장애: (별표3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 [“중증세균성수막염”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “중증세균성수막염”이라 함은 세균성 감염(HIV 감염인 경우의 세균성수막염은 제외)으로 인한 뇌

수막 또는 척수막에 중대한 염증을 일으키는 질환으로서, 한국표준질병·사인분류 중 별표1(세균성수막염 분류표)에서 정한 질병으로 다음 각 호를 모두 만족하는 경우를 말합니다.

1. 척수액에서 세균이 분리배양 되었거나, 척수액에서 세균은 배양되지 않았지만 임상적으로 환자가 명확한 수막 자극 증상이 있으면서 척수액 소견에 백혈구 증가와 당 감소, 단백증가가 나타나야 합니다.
 2. 뇌영상 검사상의 이상 소견과 함께 그 결과로 중대하고 불가역적이면서 영구적인 신경학적 결핍을 보여야 합니다. 이때 진단확정은 해당분야의 전문가가 작성한 문서화된 진료기록을 기초로 하여 내려져야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기의 방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 중증세균성수막염으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.
- ② 제1항 제2호에서 "뇌영상 검사상의 이상 소견"이라 함은 자기공명영상(MRI), 전산화단층촬영(CT) 등에서 뇌부종(Brain edema), 뇌수막의 조영증강(Meningeal enhancement), 경막하삼출(Subdural effusion), 뇌농양(Brain abscess), 작은공괴(Mass), 뇌연화증(Cerebromalacia), 경막하혈종(Subdural hematoma), 뇌경색(Cerebral infarction), 국소적허혈(Focal infarction), 수두증(Hydrocephalus), 뇌위축(Brain atrophy), 뇌기형(Megacisterna magna)의 이상소견이 나타나는 것을 말합니다. 이때 이 소견들은 중증세균성수막염의 특징적 소견이 발병한 당시 새롭게 출현함을 근거로 하여야 합니다.
- ③ 제1항 제2호에서 "중대하고 불가역적이면서 영구적인 신경학적 결핍"이란 주관적인 자각증상(Symptom)이 아니라 신경학적인 검사를 기초로 한 객관적인 신경학적 증후(sign)로 나타난 장애로서 장애분류표상 신경계, 정신행동장애의 해당 지급률 25% 이상인 장애상태를 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 "중증세균성수막염"으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 특약보험가입금액의 100%를 진단보험금으로 지급합니다.

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우(단, 주계약이 유효한 경우에 한함)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 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 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 장애상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장애관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장애관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장애관련 납입면제기간」은 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'을 주기로 하며, 「장애관련 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 「장애관련 납입면제기간」으로 합니다.

<장해관련 납입면제기간 예시>

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

The diagram illustrates the timeline for premium payment exemption in a disability insurance policy. It shows two distinct 15-year exemption periods. The first period starts on the contract conclusion date (2013.1.1) and ends on the disability payment date (2027.12.31). Following a one-year gap, the second 15-year exemption period begins on the disability payment date (2028.1.1) and continues until the policy maturity date (2042.12.31). The diagram also indicates the start and end of the disability payment period (장해관련 납입면제기간 만료일).

⑬ 보험수익자와 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.

㉔ 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[해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 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 이내에 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) 제19항 및 제20항에 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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 30세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 30세 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 이 특약의 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금의 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.
- ④ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

별표1

세균성수막염 분류표

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

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

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

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)

구 분	기 간	적립이율
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

- (주) 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.

중대한가와사키병진단특약K(갱신형,무배당) 약관

제1 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 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 [“심장합병증을 동반한 가와사키병”의 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “심장합병증을 동반한 가와사키병(Kawasaki disease with heart complication)”이라 함은 해당 전문의에 의해 가와사키병으로 진단되고 심초음파상 반드시 가와사키병으로 인한 심장 관상동맥의 확장이나 심장 동맥류의 형성이 있어야 합니다.

② “심장합병증을 동반한 가와사키병”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 및 한의사 제외) 자격을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “심장합병증을 동반한 가와사키병”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

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 “심장합병증을 동반한 가와사키병”으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 특약보험가입금액의 30%를 진단보험금으로 지급합니다.

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

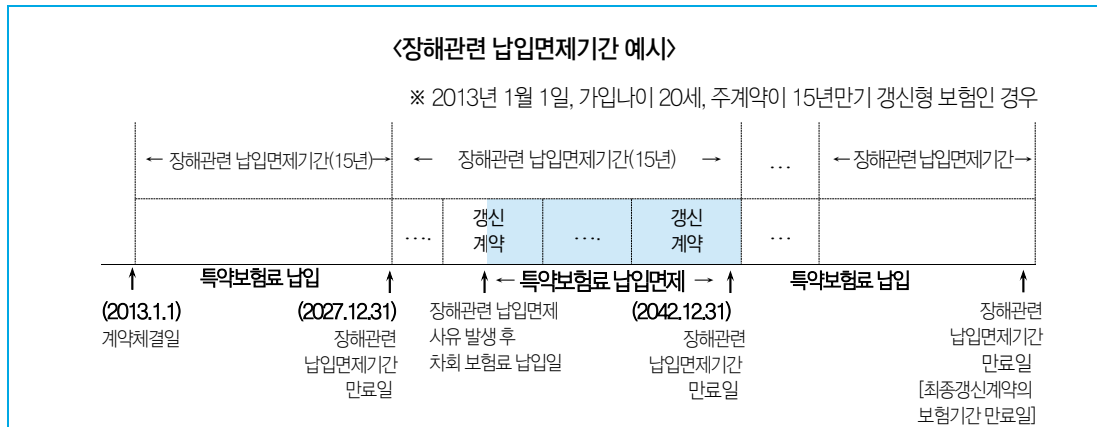
① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우(단, 주계약이 유효한 경우에 한합니다)에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(별표2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 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 장애상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장애관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장애관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다

⑤ 「장애관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장애관련 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 「장애관련 납입면제기간」으로 합니다.



- ⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “심장합병증을 동반한 가와사키병”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 회사가 보장을 합니다.
- ⑦ 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(별표2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑧ 제7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 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(별표2 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑪ 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.
- ⑫ 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(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑬ 제12항에도 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.
- ⑭ 장해분류표(별표2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑮ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제3항 및 제4항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑯ 제15항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑰ 제16항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑱ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제16항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑲ 보험수익자와 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.

㉔ 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[해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 별표3(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제19항 및 제20항에 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 14세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 14세 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 이 특약의 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금의 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 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)**

구 분	기 간	적립이율
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

- (주) 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.

근시진단특약K(갱신형,무배당) 약관

제1 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. 장애: (별표2) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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: 주계약에 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, 주계약 체결 시점에 이 특약의 피보험자의 나이가 1세 또는 2세인 경우 이 특약의 최초계약의 보험기간은 이 특약의 사업방법서에서 정한 바에 따릅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 3년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“근시”의 진단 확정]

이 특약에 있어서 “근시”라 함은 안과의사에 의하여 조절마비 굴절검사(Cycloplegic Refraction)를 통해 한쪽 눈 이상의 굴절도가 -2 디옵터(Diopter) 이상(같거나 더 심한 정도)의 굴절이상(Anomalies of Refraction)으로 진단 확정 되었을 경우를 말합니다. 단, 난시의 굴절도는 제외합니다.

용어 해설	<조절마비 굴절검사(Cycloplegic Refraction)> 눈에 조절마비제를 넣어 동공을 크게 키워서 홍체의 조절력을 제한한 후 굴절값을 확인하는 검사를 말합니다. <디옵터(Diopter)> 눈의 굴절 이상 정도를 표시하는 표시하는 표준단위로서, 안경렌즈의 초점거리를 미터단위로 나타낸 수의 역수를 말합니다.

제2조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 피보험자의 6세 계약해당일로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다. 단, 제1회 보험료를 납입하지 않은 경우에는 보장이 개시되지 않습니다.

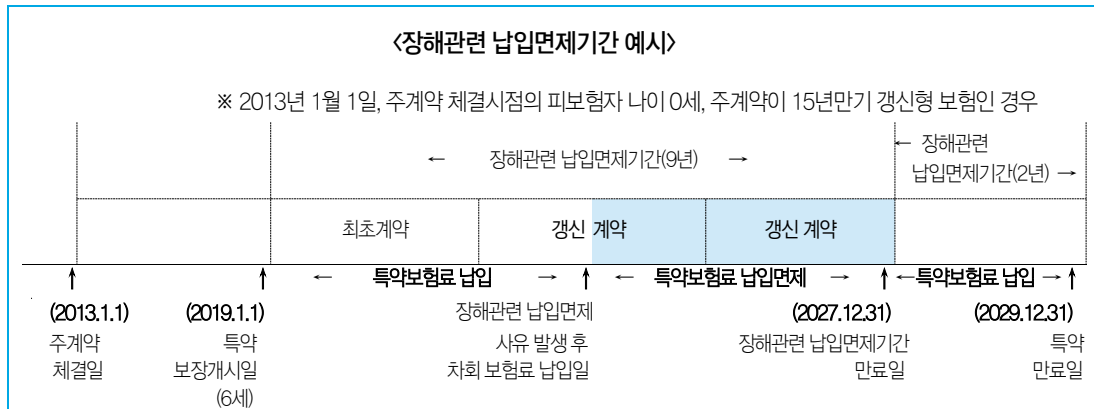
제 2 관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “근시”로 진단 확정되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 특약보험가입금액의 2%를 “근시진단보험금”으로 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 경우 또는 이 특약의 보장개시 전에 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(별표2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 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 장애상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장애관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장애관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장애관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장애관련 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 「장애관련 납입면제기간」으로 합니다. 단, 최초 「장애관련 납입면제기간」은 이 특약의 보장개시일(6세) 이후부터 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’까지를 말합니다.



- ⑥ 제3항 및 제4항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표(별표2 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에 따라 장애지급률이 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 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑧ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표2 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑩ 제3항 및 제4항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑪ 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표2 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑬ 장애분류표(별표2 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표2 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑭ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제3항 및 제4항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑮ 제14항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑯ 제15항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑰ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제15항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑱ 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.
- ⑲ 계약자와 회사가 제3항 및 제4항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정

하고 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[진단서(병명기입), 진료기록부, 장애인단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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)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) 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.

㉔ 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(講約)하고 회사가 승낙(承諾)한 경우 피보험자의 6세 계약해당일에 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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 16세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 16세 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]

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. 이 특약의 보장개시일(6세) 이전에 피보험자가 “근시”로 진단 확정받은 경우

제15조 [특약내용의 변경 등]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

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

3. 이 특약의 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 근시진단보험금의 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 계약자는 이 특약의 보험료를 피보험자의 6세 계약해당일에 해당하는 보험료 납입기일부터 납입하여야 합니다.
- ② 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ③ 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ④ 제3항에도 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.
- ④ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
 ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 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)

구 분	기 간	적립이율
근시진단보험금 (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

- (주) 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.

고도근시진단특약K(갱신형,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. 장애: (별표2) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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: 주계약에 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 1항에도 불구하고, 주계약 체결 시점에 이 특약의 피보험자의 나이가 1세 또는 2세인 경우 이 특약의 최초계약의 보험기간은 이 특약의 사업방법서에서 정한 바에 따릅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제13조의3(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 3년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“고도근시”의 진단 확정]

이 특약에 있어서 “고도근시”라 함은 안과의사에 의하여 조절마비 굴절검사(Cycloplegic Refraction)를 통해 한쪽 눈 이상의 굴절도가 -6 디옵터(Diopter) 이상(같거나 더 심한 정도)의 굴절이상(Anomalies of Refraction)으로 진단 확정되었을 경우를 말합니다. 단, 난시의 굴절도는 제외합니다.

용어 해설	<조절마비 굴절검사(Cycloplegic Refraction)> 눈에 조절마비제를 넣어 동공을 크게 키워서 홍체의 조절력을 제한한 후 굴절값을 확인하는 검사를 말합니다.
	<디옵터(Diopter)> 눈의 굴절 이상 정도를 표시하는 표시하는 표준단위로서, 안경렌즈의 초점거리를 미터단위로 나타낸 수의 역수를 말합니다.

제2조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 피보험자의 6세 계약해당일로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다. 단, 제1회 보험료를 납입하지 않은 경우에는 보장이 개시되지 않습니다.

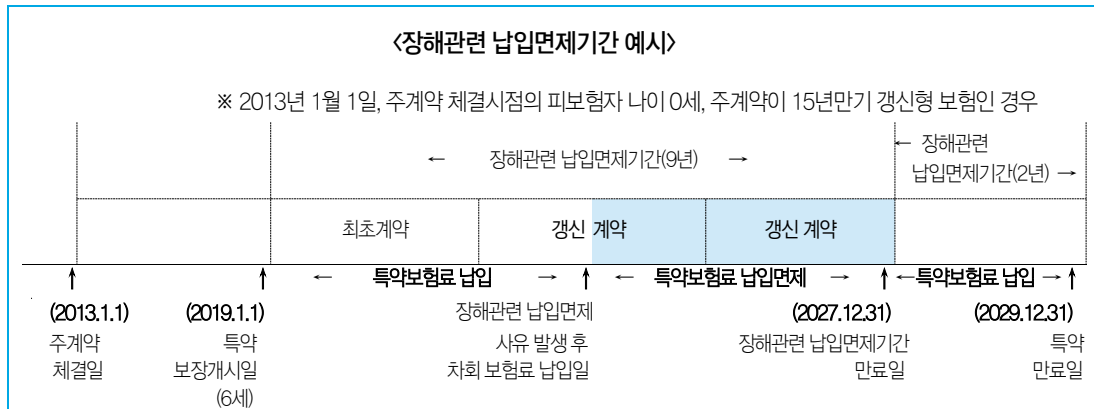
제 2 관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “고도근시”로 진단 확정되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 특약보험가입금액의 8%를 “고도근시진단보험금”으로 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 경우 또는 이 특약의 보장개시 전에 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(별표2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 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 장애상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장애관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장애관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장애관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장애관련 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 「장애관련 납입면제기간」으로 합니다. 단, 최초 「장애관련 납입면제기간」은 이 특약의 보장개시일(6세) 이후부터 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’ 까지를 말합니다.



- 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(별표2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑧ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표2 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑩ 제3항 및 제4항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장애의 장해지급률로 정합니다.
- ⑪ 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표2 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑬ 장해분류표(별표2 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장해분류표(별표2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑭ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제3항 및 제4항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑮ 제14항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑯ 제15항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑰ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제15항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑱ 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.
- ⑲ 계약자와 회사가 제3항 및 제4항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정

하고 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[진단서(병명기입), 진료기록부, 장애인단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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)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) 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.

㉔ 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(講約)하고 회사가 승낙(承諾)한 경우 피보험자의 6세 계약해당일에 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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 16세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 16세 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]

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. 이 특약의 보장개시일(6세) 이전에 피보험자가 “고도근시”로 진단 확정받은 경우

제15조 [특약내용의 변경 등]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

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

3. 이 특약의 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 고도근시진단보험금의 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 계약자는 이 특약의 보험료를 피보험자의 6세 계약해당일에 해당하는 보험료 납입기일부터 납입하여야 합니다.
- ② 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ③ 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ④ 제3항에도 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.
- ④ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
 ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 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)

구 분	기 간	적립이율
고도근시진단보험금 (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

- (주) 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.

재해수술특약K(갱신형,무배당) 약관

제1 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. 장애: (별표2) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 [“재해수술”의 정의]

이 특약에 있어서 “재해수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 재해로

인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 수술하는 것을 말합니다. 이 때 수술이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치, 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등] 및 발정술(拔釘術)등 내 고정물 제거술 등은 제외됩니다.

용어 해설	〈신의료기술평가위원회〉 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

또한, 이 특약에서 말하는 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 수술행위를 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 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 “재해수술”을 받았을 경우에는 보험수익자에게 특약보험가입금액의 1%를 “재해수술보험금”으로 지급합니다. 이 때, “재해수술보험금”은 보험기간 중 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 연간 3회(특약보험가입금액의 3%)를 한도로 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 장애분류표(별표2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 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 장애상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장애관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장애관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다

<장해관련 납입면제기간 예시>

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

The diagram illustrates the timeline of premium suspension for disability. It begins with a 15-year suspension period starting from January 1, 2013, marked by an upward arrow. This is followed by a 15-year period of premium payment, also marked by an upward arrow. A suspension occurs during the renewal period, specifically from December 31, 2042, marked by an upward arrow. The timeline ends with another 15-year suspension period, marked by an upward arrow.

⑰ 제16항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에

따라 납입을 면제합니다.

⑮ 제17항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑯ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제17항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑰ 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.

⑱ 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(수술증명서, 장해진단서, 사망진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 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 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

- 이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 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 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
 ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 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)

구 분	기 간	적립이율
재해수술보험금 (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

- (주) 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.

재진단암보장특약K15(갱신형,무배당) 약관

제1 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 [용어의 정의2]

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

1. 첫번째 암: “첫번째 암”이라 함은 이 특약의 보험기간 중 「암보장개시일」[제2조의10(특약의 보장개시일) 참조] 이후에 최초로 진단 확정되는 “암”[제2조의4(“암” 등의 정의 및 진단 확정) 참조]을 말합니다.
2. 재진단암: “재진단암”이라 함은 이 특약의 보험기간 중 “첫번째 암”으로 진단 확정되고 그 이후에 진단 확정되는 “재진단암”의 정의[제2조의5(“재진단암”의 정의 및 진단 확정) 참조]에서 정한 암을 말합니다.

제2조의3 [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.

제2조의4 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1[악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “제2조의6(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암”, “제2조의7(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발 부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

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 제2조의6(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”은 제2조의7(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑥ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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.

제2조의5 [“재진단암”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “재진단암”이라 함은 제2조의4(“암” 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암” 중 “전립선암”을 제외한 질병에 해당하면서 「재진단암 보장개시일」[제2조의10(특약의 보장개시일) 참조] 이후에 다음 각 호의 “암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암”, “대장점막내암” 및 “전립선암” 제외)”으로 진단 확정 받은 경우를 말합니다.

1. 새로운 원발암

2. 동일장기 또는 타 부위에 전이된 암

3. 동일장기에 재발된 암

4. “암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 및 “대장점막내암” 제외)”에 대한 보장개시일 이후 발생한 “암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암”, “대장점막내암” 및 “전립선암” 제외)” 진단부위에 “암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암”, “대장점막내암” 및 “전립선암” 제외)”세포가 남아 있는 경우

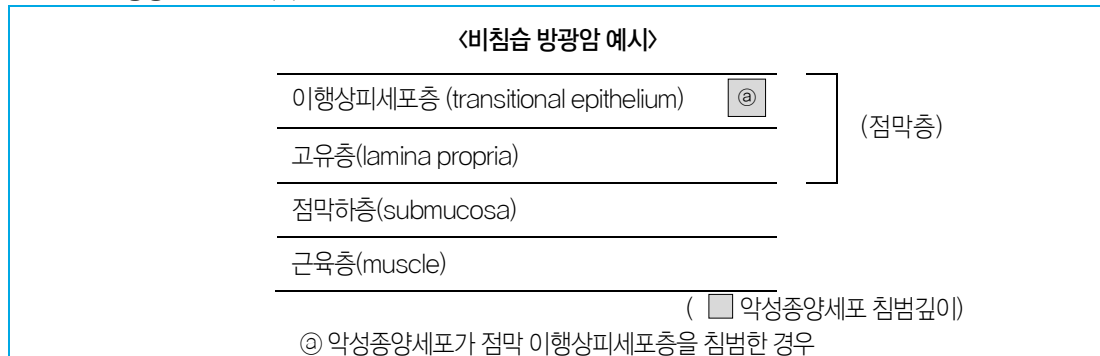
② 이 특약에 있어서 “전립선암”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 별표2(전립선의 악성신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ “재진단암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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 “재진단암”으로 진단 또는 치료(재진단암의 직접적인 치료를 목적으로 한 항암방사선치료·항암약물치료·수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 하며, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외합니다.

제2조의6 [“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 TaNOM0인 방광암을 말합니다.

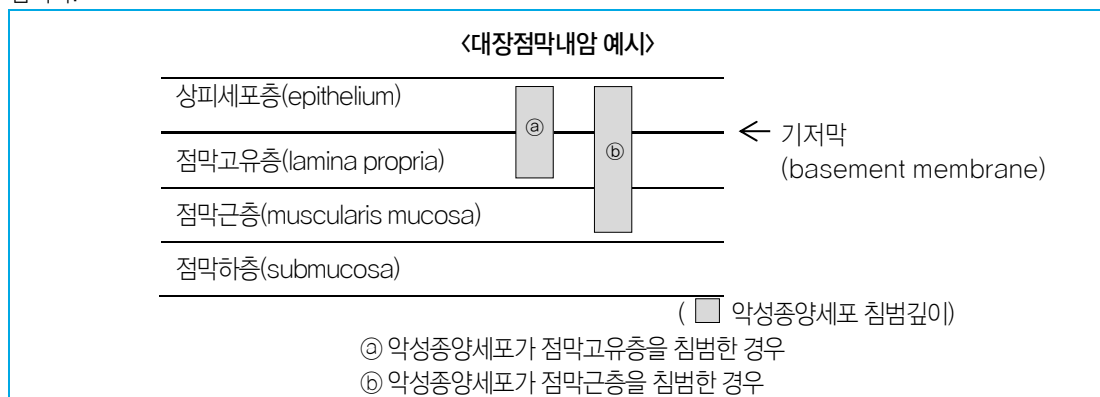


② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리와 전문의 자격을 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.

제2조의7 [“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 병리와 전문의 자격을 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.

제2조의8 [“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의]

① 이 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 “재진단암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암”, “대장점막내암” 및 “전립선암” 제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 “재진단암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암”, “대장점막내암” 및 “전립선암” 제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항

암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제2조의9 [“수술”의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 “재진단암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암”, “대장점막내암” 및 “전립선암” 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다. 이 때 수술이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술 및 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등]은 제외됩니다.

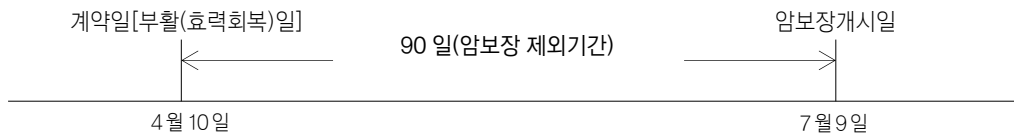
<신의료기술평가위원회>

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

제2조의10 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2조의4(“암”등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날[단, 계약일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 계약일, 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)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날[단, 부활(효력회복)일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일]로 합니다.

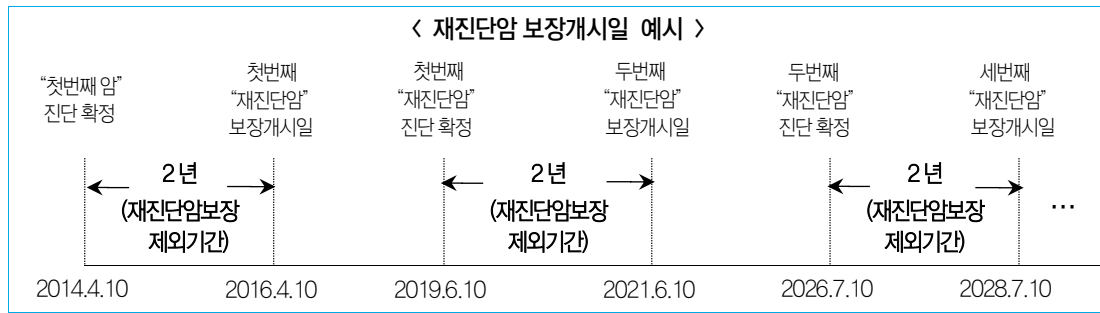
<암보장개시일 예시>



※ 피보험자가 15세 미만인 경우 암보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]과 같습니다.

- ④ 제1항에도 불구하고 제2조의5(“재진단암”의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “재진단암”보장에 대한 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 첫번째 재진단암 보장개시일 : “첫번째 암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 및 “대장점막내암” 제외)” 진단 확정일로부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음 날
2. 두번째 이후 재진단암 보장개시일 : 직전 “재진단암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암”, “대장점막내암” 및 “전립선암” 제외)” 진단 확정일로부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음 날 (이하 “첫번째 재진단암 보장개시일”과 “두번째 이후 재진단암 보장개시일”을 합하여 「재진단암 보장개시일」이라 합니다)



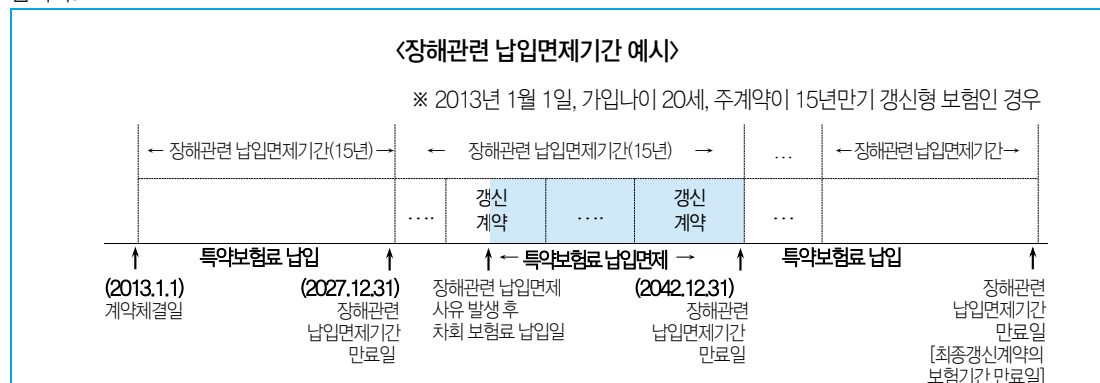
제 2 관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 「재진단암 보장개시일」 이후에 “재진단암(기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암”, “대장점막내암” 및 “전립선암” 제외)”으로 진단 확정 되었을 경우에는 보험수익자에게 특약보험가입금액의 100%를 재진단암치료보험금으로 지급합니다.

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 장애분류표(별표4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 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 장애상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장애관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장애관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장애상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다
- ⑤ 「장애관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장애관련 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 「장애관련 납입면제기간」으로 합니다.



⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고, 그 후에 “재진단암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우

에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 회사가 보장을 합니다. 다만, 「재진단암 보장개시일」 이전에 “재진단암”으로 진단 확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 제3조(보험금의 지급사유)의 재진단암치료보험금은 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “첫번째 암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 및 “대장점막내암” 제외)” 또는 “재진단암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암”, “대장점막내암” 및 “전립선암” 제외)” 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음 날 이후에 제2조의5(“재진단암”의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “재진단암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암”, “대장점막내암” 및 “전립선암” 제외)”으로 진단 확정 받은 경우에만 보험금을 지급합니다.

⑧ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제3항 및 제4항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑩ 제9항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑪ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제9항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑫ 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑬ 제12항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑮ 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표4 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑯ 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.

⑰ 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.

⑱ 제17항에도 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.

⑲ 장해분류표(별표4 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표4 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑳ 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.

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 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[해당 질병 진단서(병명기입), 진료기록부, 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 장해진단서, 사망진단서 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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) 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]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간, 이하 같습니다] 만료일」로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 만료

일이 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 갱신행보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
3. “첫번째 암”으로 진단 확정되지 않은 피보험자의 최종 갱신계약의 보험기간이 2년 이하인 경우
4. “첫번째 암” 또는 “재진단암” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 기간이 2년 이하인 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]

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 「암보장개시일」의 전일 이전에 제2조의4(“암”등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정되는 경우

제15조 [특약내용의 변경 등]

신입원특약N(갱신행, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
3. “첫번째 암”으로 진단 확정되지 않은 피보험자의 최종 갱신계약의 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우
4. “첫번째 암” 또는 “재진단암” 진단 확정일부터 그 날을 포함한 최종 갱신계약의 잔여 보험기간이 2년 이하인 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.

④ 제1항 제3호에서 제4호에 해당하는 경우, 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사는 그 당시의 책임준비금을 지급합니다. 또한 회사는 이를 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

제 5 관 보험료의 납입

제17조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

신입원특약N(갱신형,무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 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 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 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. 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날[단, 부활(효력회복)일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일로 하며, 재진단암 보장개시일은 제2조의10(특약의 보장개시일) 제4항을 따릅니다.

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.
- ④ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

신입원특약N(갱신형, 무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)

※ 단, “재진단암”의 경우 전립선암도 제외됩니다.

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(일차성) 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

- (주) 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 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
3. '요로의 악성신생물(C64-C68)'의 경우 이 특약 제2조의6(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “비 침습 방광암”은 제외됩니다.
4. '소화기관의 악성신생물(C15-C26)'의 경우 이 특약 제2조의7(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “대장점막내암”은 제외됩니다.
5. “재진단암”의 경우 별표2(전립선의 악성신생물 분류표)에서 정한 ‘전립선의 악성신생물(C61)’은 제외됩니다.

별표2

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 질 병 명	분류번호
· 전립선의 악성신생물	C61

- (주) 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 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원 발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

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
재진단암치료보험금 (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

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

유괴납치위로금특약K(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. 장애: (별표2) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 체결 시점의 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 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2조의3 [“유괴·납치”의 정의]

이 특약에 있어서 “유괴·납치”라 함은 형법 제31장(약취(略取), 유인(誘引) 및 인신매매의 죄)에서 정하는 범죄로 관할 경찰서장이 발행하는 사고사실확인서를 기준으로 합니다.

제2조의4 [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 “유괴·납치”의 피해자가 되었을 경우에는 사고 1회당 특약보험가입금액의 20%를 “유괴납치위로금”으로 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 장애분류표(별표2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표2 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간 이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑤ 이 특약에서 ‘동일한 재해’의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표2 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑧ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표2 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 장애분류표(별표2 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표(별표2 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑪ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료 납입을 면제합니다.
- ⑬ 제12항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑭ 제19조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제12항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑮ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑯ 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.
- ⑰ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 보험수익자의 고의 또는 피보험자의 직계존비속에 의한 “유괴·납치”는 보장하

지 않습니다.

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(관할 경찰서 사고사실확인서, 장해진단서, 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 별표3(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 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.

㉔ 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제11조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 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.

제13조의2 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

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 보

험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 [특약내용의 변경 등]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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, 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)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라고 합니다)”에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 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 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]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

제19조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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

③ 제1항에도 불구하고 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

④ 제3항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 ‘태아가 출생하기 전’임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제21조 [중대사유로 인한 해지]

재해사망특약N(무배당)의 해당 조항을 따릅니다.

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.

제 7 관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 삼성단체취급특약의 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)

구 분	기 간	적립이율
유과납치위로금 (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

- (주) 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.

실손의료비보장특약D(갱신형,무배당) 약관

실손의료보험은 보험회사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한정합니다)를 보상하는 상품입니다.

제 1 관 일반사항 및 용어의 정의

제 1 조 [보장종목]

회사가 판매하는 '실손의료비보장특약 D(갱신형, 무배당)'은 다음과 같이 질병입원형, 질병통원형, 상해입원형 및 상해통원형의 4개 보장종목으로 구성되어 있으며, 계약자는 이들 4개 보장종목 중에서 선택하여 가입하실 수 있습니다.

보장종목	보상하는 내용
질병입원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
질병통원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
상해입원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
상해통원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상

제 2 조 [용어의 정의]

이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 (별표 1)과 같습니다.

제 2 조의 2 [특약의 보장개시일]

이 특약의 제 12 조(특약의 체결 및 설명의무 등)에서 정한 최초가입에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 최초(갱신)계약의 경우는 최초(갱신)계약일을 보장개시일로 합니다.

제 2 관 회사가 보상하는 사항 및 보상하지 않는 사항

제 3 조(보상내용) 및 제 4 조(보상하지 않는 사항)은 제 1 조(보장종목) 중 선택하여 가입하신 보장종목에 해당하는 약관을 참조하시기 바랍니다.

《질병입원형》

제 3 조 [보상내용]

① 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(5 천만원)의 한도 내에서 보상합니다.

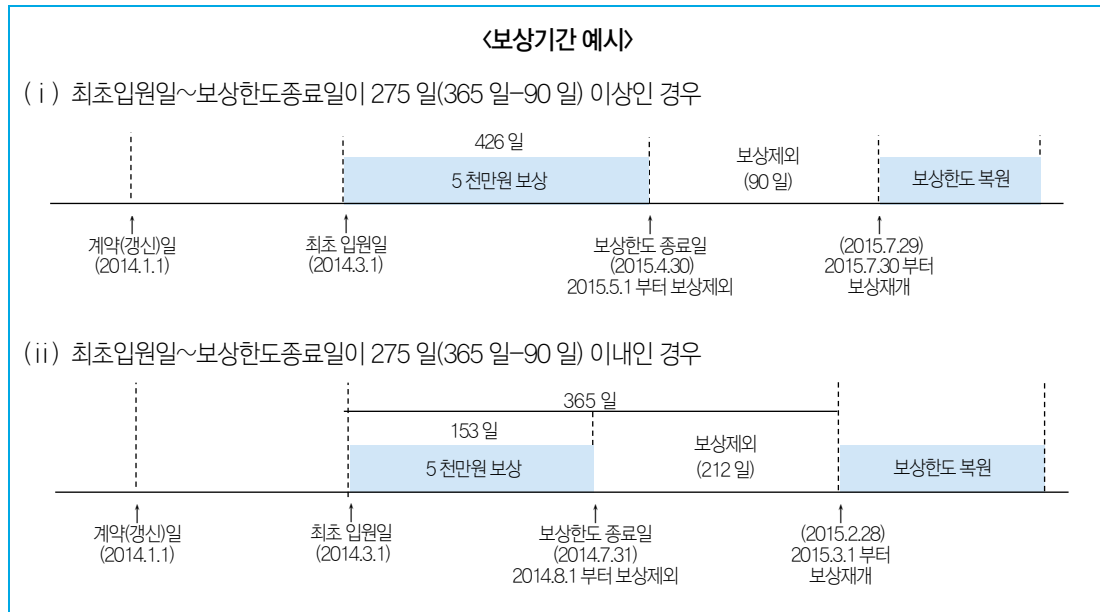
구 분		보 상 금 액
표 준 형	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여 ^(※) '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200 만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.
	상급병실료 차액	(※) 상급병실료 차액 제외 입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
선 택 형 II	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 90%에 해당하는 금액과 '비급여 ^(※) (본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)'의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 급여 중 본인 부담금의 나머지 10%와 비급여 ^(※) 의 나머지 20%를 합한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200 만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.
	상급병실료 차액	(※) 상급병실료 차액 제외 입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.

위 표에서 '비급여'라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

② 제 1 항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 입원의료비는 보상하지 않습니다.

③ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%를 하나의 질병당 보험가입금액(5 천만원)의 한도 내에서 보상합니다.

④ 제 1 항에도 불구하고 회사는 하나의 질병으로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상한도 종료일로부터 90 일이 경과한 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다(계속입원을 포함합니다). 다만, 최초 입원일로부터 275 일(365 일-90 일) 이내에 보상한도종료일이 있는 경우에는 최초 입원일로부터 365 일이 경과되는 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다.



⑤ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2 회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다.

⑥ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 이 특약의 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 이 특약의 보험기간 만료일부터 180 일까지(보험기간 만료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 제 4 항은 적용하지 않습니다. 다만, 종전 특약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 특약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 4 항을 적용합니다.

⑦ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

⑧ 제 2 항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5 년이 지나는 동안(특약이 갱신되어 5 년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5 년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.

⑨ 제 8 항에서 “청약일 이후 5 년이 지나는 동안”이란 이 약관 제 18 조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 이 약관 제 19 조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제 8 항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 4 조 [보상하지 않는 사항]

회사가 이 특약에서 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우 제 3 조(보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보상금액을 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
4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에
도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비
- ② 회사는 '제 7 차 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행)'에 따른 다음의 입
원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 제 8 차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 아래 질병 이외에 추가로 아
래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
 1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
(다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F90~F98 과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」
에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99)
 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62, K64)
- ③ 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
 1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제 2 조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서
발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
 2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으
로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사
전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
 4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종,
인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르
몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내,
체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병치료를
목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등
선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순
포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제 9 조 제 1 항(「별표 2」비급여대상)에 따른
업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
 7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비
용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.
 8. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하
여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합
니다), 코성형수술(옹비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술,
주름살 제거술 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 다리 정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)
- 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
- 9. 진료와 무관한 각종 비용(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
- 10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제 3 조(보상내용) 제 1 항, 제 2 항 및 제 4 항부터 제 10 항에 따라 보상합니다.
- 11. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)
- 12. 「국민건강보험법」 제 42 조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비

《질병통원형》

제 3 조 [보상내용]

① 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1 년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.

구 분	보 상 한 도
외 래	방문 1 회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 ^(※) 과 '비급여'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표 1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 20 만원의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1 년간 방문 180 회를 한도로 합니다)
처방조제비	처방전 1 건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 ^(※) 과 '비급여'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표 1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 10 만원의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1 년간 처방전 180 건을 한도로 합니다)

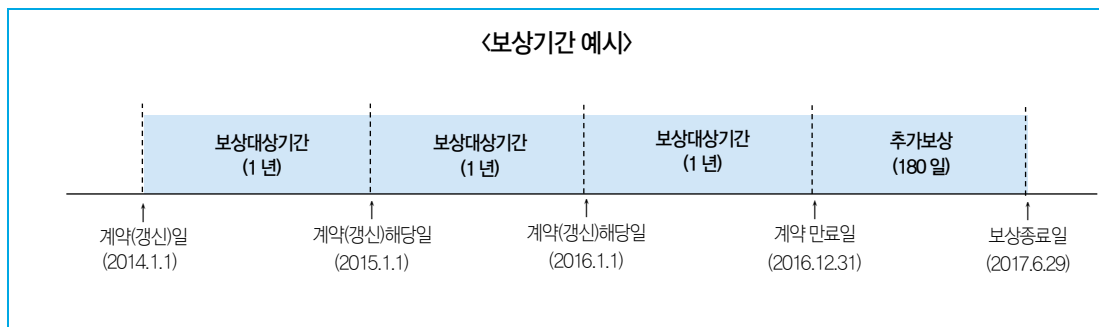
(※) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

<표 1> 항목별 공제금액

구 분		항 목	공제금액
표 준 형	외 래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	「의료법」 제 3 조 제 2 항 제 1 호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제 2 호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제 10 조, 제 12 조 및 제 13 조에 따른 보건소, 보건의원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료 위한 특별조치법」 제 15 조에 따른 보건진료소	1 만원과 보상대상의료비의 20%중 큰 금액
		「의료법」 제 3 조 제 2 항 제 3 호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1 만 5 천원과 보상대상의료비의 20%중 큰 금액
		「국민건강보험법」 제 42 조 제 2 항에 따른 전문요양기관 또는 「의료법」 제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원	2 만원과 보상대상의료비의 20%중 큰 금액
	처방조제비	「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항 제 2 호에 따른 약국, 같은 항 제 3 호에 따른 한국화귀약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1 건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1 건당)	8 천원과 보상대상의료비의 20%중 큰 금액

구분		항목	공제금액
선택형 II	외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 공제기준금액 (보상대상의료비 중 “급여 10%와 비급여 20%에 해당하는 금액을 합한 금액”)중 큰 금액
		「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 공제기준금액 (보상대상의료비 중 “급여 10%와 비급여 20%에 해당하는 금액을 합한 금액”)중 큰 금액
		「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 공제기준금액 (보상대상의료비 중 “급여 10%와 비급여 20%에 해당하는 금액을 합한 금액”)중 큰 금액
	처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 공제기준금액 (보상대상의료비 중 “급여 10%와 비급여 20%에 해당하는 금액을 합한 금액”)중 큰 금액

② 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 이 특약의 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대해서는 다음 예시와 같이 이 특약의 보험기간 만료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 종전 특약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 특약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.



- ③ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2 회 이상 통원 치료를 받거나 하나의 질병으로 약국에서 2 회 이상 처방조제를 받은 경우 각각 1 회의 외래 및 1 건의 처방조제로 보아 제 1 항, 제 2 항 및 제 6 항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2 회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.
- ④ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원한 경우에는 하나의 질병으로 봅니다.
- ⑤ 제 1 항의 질병에서 청약서상 ‘계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 외래 및 처방조제비는 보상하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표 1> 의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액의 40%를 외래 및 처방조제비로 보상합니다. 다만, 외래의 경우 1 회당 20 만원, 처방조제비의 경우 1 건당 10 만원의 한도 내에서 보상합니다.
- ⑦ 피보험자가 직원복지후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.
- ⑧ 제 5 항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5 년이 지나는 동안(특약이 갱신되어 5 년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5 년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.
- ⑨ 제 8 항에서 “청약일 이후 5 년이 지나는 동안”이란 이 약관 제 18 조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑩ 이 약관 제 19 조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제 8 항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 4 조 [보상하지 않는 사항]

회사가 이 특약에서 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

- ① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우 제 3 조(보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보상금액을 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
 4. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비
- ② 회사는 ‘제 7 차 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행)’에 따른 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 제 8 차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 아래 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
(다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F90~F98 과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00~O99)
 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

7. 직장 또는 향문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62, K64)
- ③ 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제 2 조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
 2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
 4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비선생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence) · 불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제 9 조 제 1 항(「별표 2」비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
 7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.
 8. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(윤비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다) · 축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 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 다리 정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)
 - 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
 9. 진료와 무관한 각종 비용(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
 10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제 3 조(보상내용) 제 1 항부터제 5 항 및 제 7 항부터 제 10 항에 따라 보상합니다.
 11. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)
 12. 「국민건강보험법」 제 42 조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
 13. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제 3 조의 4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

《상해입원형》

제 3 조 [보상내용]

① 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5천만원)의 한도 내에서 보상합니다.

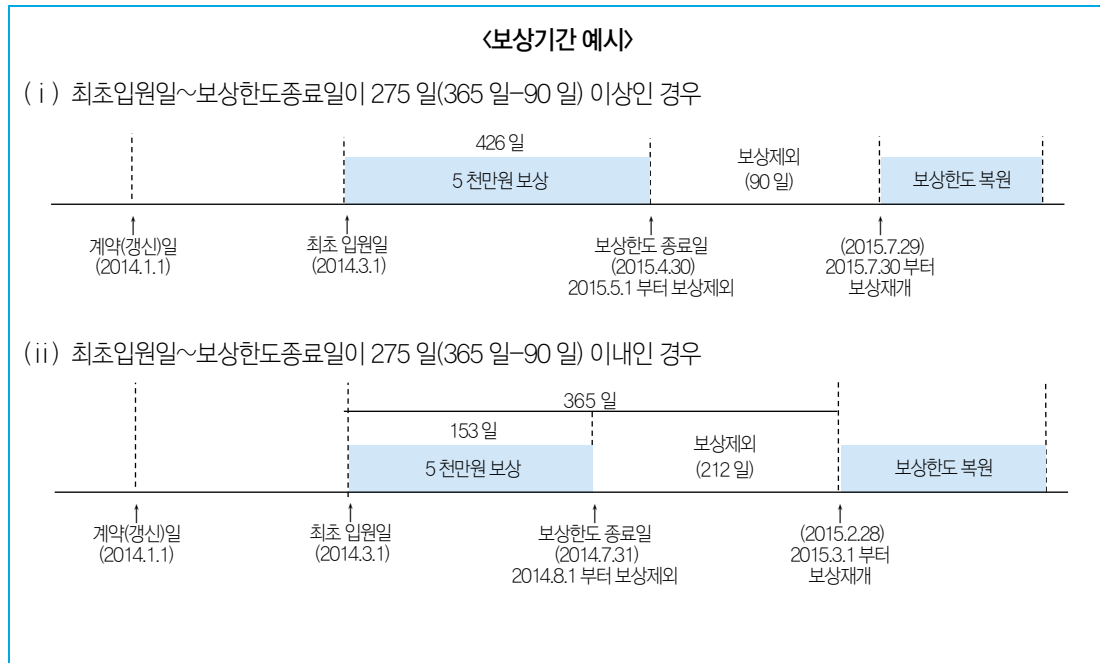
구 분		보 상 금 액
표준형	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여 ^(※) '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200 만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. (※) 상급병실료 차액 제외
	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
선택형 II	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 90%에 해당하는 금액과 '비급여 ^(※) '(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 급여 중 본인부담금의 나머지 10%와 비급여 ^(※) 의 나머지 20%를 합한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200 만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. (※) 상급병실료 차액 제외
	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.

위 표에서 '비급여'라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

② 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

③ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%를 하나의 상해당 보험가입금액(5천만원)의 한도 내에서 보상합니다.

④ 제 1 항에도 불구하고 회사는 하나의 상해(같은 상해로 2 회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상한도종료일부터 90 일이 경과한 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다(계속입원을 포함합니다). 다만, 최초 입원일부터 275 일(365 일-90 일) 이내에 보상한도종료일이 있는 경우에는 최초 입원일부터 365 일이 경과되는 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다.



⑤ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 이 특약의 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 이 특약의 보험기간 만료일부터 180 일(보험기간 만료일은 제외합니다)까지 보상하며, 이 경우 제 4 항은 적용하지 않습니다. 다만, 종전 특약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 특약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 4 항을 적용합니다.

⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

제 4 조 [보상하지 않는 사항]

회사가 이 특약에서 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우 제 3 조(보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보상금액을 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

4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원한 경우에는 보상합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우

6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용 도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상합니다)
 3. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승
- ③ 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
 2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
 4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.
 7. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 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 다리 정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)
 - 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
 8. 진료와 무관한 각종 비용(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
 9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보상내용) 제1항, 제2항 및 제4항부터 제6항에 따라 보상합니다.
 10. 「국민건강보험법」제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비

《상해통원형》

제 3 조 [보상내용]

① 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.

구 분	보 상 한 도
외 래	방문 1 회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 [㉠] 과 '비급여 [㉡] '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표 1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 20만원의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180 회를 한도로 합니다)
처방조제비	처방전 1 건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 [㉠] 과 '비급여 [㉡] '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표 1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 10만원의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180 건을 한도로 합니다)

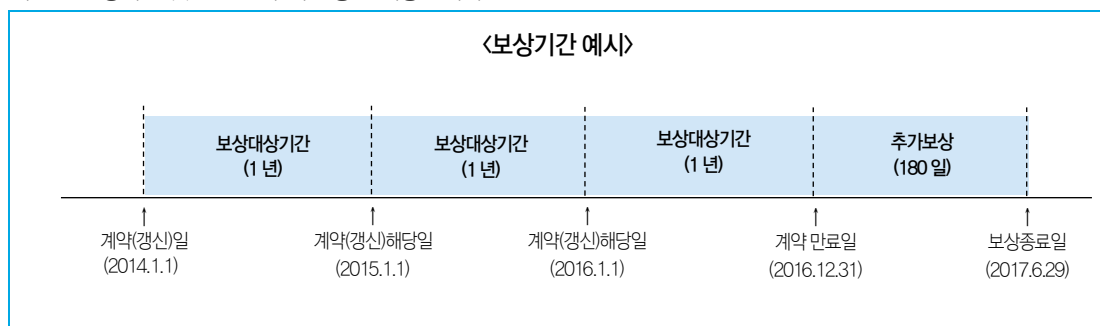
(㉠) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

〈표 1〉 항목별 공제금액

구 분		항 목	공제금액
표 준 형	외 래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	「의료법」제 3 조 제 2 항 제 1 호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제 2 호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제 10 조, 제 12 조 및 제 13 조에 따른 보건소, 보건의원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료 위한 특별조치법」 제 15 조에 따른 보건진료소	1만원과 보상대상의료비의 20%중 큰 금액
		「의료법」제 3 조 제 2 항 제 3 호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원과 보상대상의료비의 20%중 큰 금액
		「국민건강보험법」제 42 조 제 2 항에 따른 전문요양기관 또는 「의료법」제 3 조의 4에 따른 상급종합병원	2만원과 보상대상의료비의 20%중 큰 금액
	처방조제비	「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항 제 2 호에 따른 약국, 같은 항 제 3 호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1 건당, 의약품업 예외지역에서 약사의 직접조제 1 건당)	8천원과 보상대상의료비의 20%중 큰 금액

구 분		항 목	공제금액
선택형 II	외 래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	「의료법」제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료에 관한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 공제기준금액 (보상대상의료비 중 “급여 10%와 비급여 20%에 해당하는 금액을 합한 금액”)중 큰 금액
		「의료법」제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 공제기준금액 (보상대상의료비 중 “급여 10%와 비급여 20%에 해당하는 금액을 합한 금액”)중 큰 금액
		「국민건강보험법」제42조 제2항에 따른 전문요양기관 또는 「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 공제기준금액 (보상대상의료비 중 “급여 10%와 비급여 20%에 해당하는 금액을 합한 금액”)중 큰 금액
	처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 공제기준금액 (보상대상의료비 중 “급여 10%와 비급여 20%에 해당하는 금액을 합한 금액”)중 큰 금액

② 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 이 특약의 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대해서는 다음 예시와 같이 이 특약의 보험기간 만료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 종전 특약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 특약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.



- ③ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2 회 이상 통원치료를받거나 하나의 상해로 약국에서 2 회 이상의 처방조제를 받은 경우 각각 1 회의 외래 및 1 건의 처방조제로 보아 제 1 항, 제 2 항 및 제 5 항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2 회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.
- ④ 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표 1> 의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액의 40%를 외래 및 처방조제비로 보상합니다. 단, 외래의 경우 1 회당 20 만원, 처방조제비의 경우 1 건당 10 만원의 한도 내에서 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 직원복지후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

제 4 조 [보상하지 않는 사항]

회사가 이 특약에서 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

- ① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우 제 3 조(보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보상금액을 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
 4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 통원한 경우에는 보상합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
 6. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트 · 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용 도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다)
 3. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승
- ③ 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제 2 조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
 2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
 4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용, 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.

5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.
7. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다) · 축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 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 다리 정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)
 - 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
8. 진료와 무관한 각종 비용(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제 3 조(보상내용) 제 1 항부터 제 4 항 및 제 6 항에 따라 보상합니다.
10. 「국민건강보험법 제 42 조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

제3관 보험금의 지급

제5조 [보험금의 청구]

- ① 보험수익자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서[진료비계산서(통원의료비의 경우 통원일자별 의료비 명기 필요), 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(약국에서 조제 투약한 경우에 한함), 사망진단서 등]
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인 아닌 경우 본인의 인감증명서 포함)
 4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원, 「약사법」 제2조(정의) 제3호에서 정한 약국에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조 [보험금의 지급절차]

- ① 회사는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표 2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 같이 계산합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내의 금액을 지급하는 제도를 말합니다)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견을 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제10조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 회사는 사실확인이 끝날 때까지 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보상내용)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 따른 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑧ 회사는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제, 「의료급여법」에 따른 본인부담금 상한제 및 보상제와 관련한 확인요청을 할 수 있습니다.
- ⑨ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있습니다.

제 7 조 [보험금을 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제 4 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 8 조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 경우에는 건강진단을 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(상법에 따른 “고지의무”와 같으며, 이하 “계약 전 알릴 의무”라 합니다) 합니다. 다만, 진단특약의 경우 「의료법」 제 3 조(의료기관)에 따른 종합병원이나 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제 9 조 [상해보험계약 후 알릴 의무]

- ① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.
- ② 회사는 제 1 항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1 개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 특약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제 1 항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우에 회사가 청구한 금액의 납입을 계약자가 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없는 사고로 발생한 상해에 대해서는 삭감하지 않습니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우에 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1 개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제 3 항에 따라 보상됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제 10 조 [알릴 의무 위반의 효과]

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생 여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1 개월 이내에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제 8 조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 알릴 의무가 있는 사항이 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제 9 조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제 1 항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ② 제 1 항 제 1 호의 경우라도 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 특약을 해지할 수 없습니다.
 1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1 개월 이상 지났거나 또는 제 1 회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단특약의 경우 질병에 대해서는 1년)이 지났을 때
 3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 이 특약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등을 말합니다)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 계약

자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지할 수 있습니다.

5. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때

나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때

다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때

- ③ 제 1 항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 회사는 제 23 조(해지환급금) 제 1 항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

- ④ 제 1 항 제 1 호에 따른 특약의 해지가 보험금 지급사유가 발생한 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 계약 전 알릴 의무 위반사실과 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 서면 등으로 알려 드립니다.

- ⑤ 제 1 항 제 2 호에 따른 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 회사는 제 9 조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제 3 항 또는 제 4 항에 따라 보험금을 지급합니다.

- ⑥ 제 1 항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유가 발생하는 데에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제 4 항 및 제 5 항에도 불구하고 해당 보험금을 지급합니다.

- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제 11 조 [사기에 의한 계약]

계약자 또는 피보험자가 대리진단이나 약물사용을 통하여 진단절차를 통과하거나, 진단서를 위조 또는 변조하거나, 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 회사는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.

제 5 관 보험계약의 성립과 유지

제 12 조 [특약의 체결 및 설명의무 등]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형, 자녀형 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 등을 말합니다)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

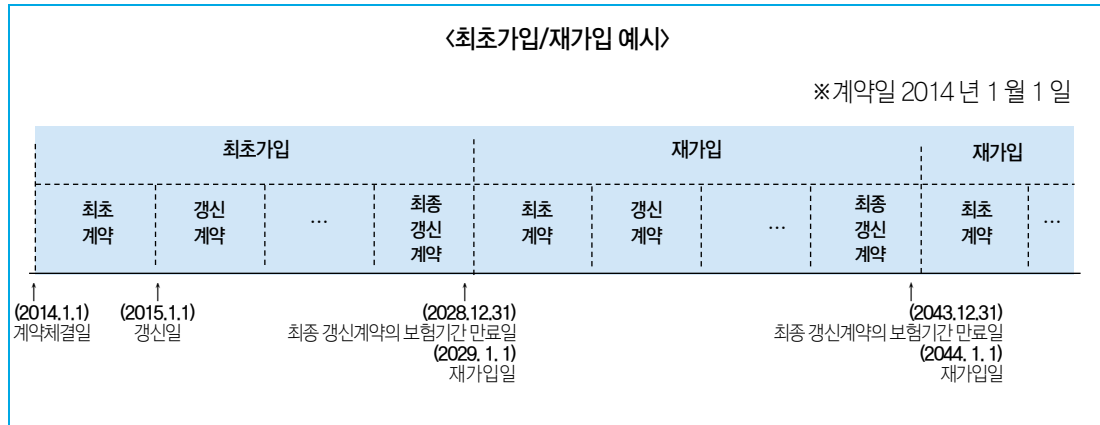
- ③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제 1 회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 보험증권을 드립니다. 이 경우 30일 이내에 회사가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.

- ④ 회사가 제 1 회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율에 1%를 더한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제 1 회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

- ⑤ 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우 “최초가입”이라 합니다.

⑥ 제 12 조의 2(보장내용 변경주기)에서 정한 보장내용 변경주기 만료 후 제 16 조(재가입)에 따라 특약이 성립되는 경우 “재가입”이라 합니다.

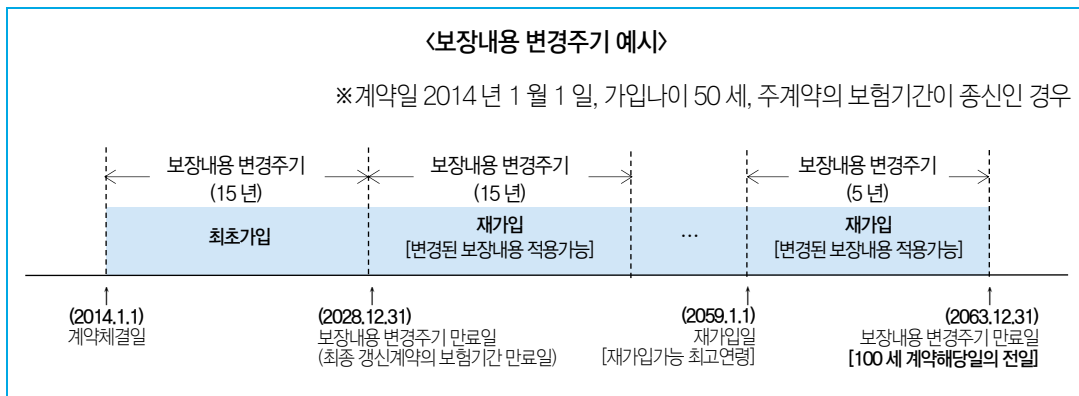
⑦ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.



제 12 조의 2 [보장내용 변경주기]

① 이 특약의 보장내용 변경주기는 특약의 보장내용[보장내용 및 범위 등 (이하 "보장내용"이라 합니다)]이 관련 법령, 금융위원회의 명령, 표준약관 등에 따라 변경될 수 있는 주기를 말하며 15년으로 합니다. 단, 재가입할 때 「주계약의 보험기간 만료일」(단, 다음 각 호의 경우 "주계약의 보험기간 만료일"은 다음 각호에서 정한 바에 따릅니다)까지의 남은 기간이 15년 미만일 경우 그 남은 기간을 보장내용 변경주기로 합니다.

1. 본인형 및 배우자형에서 주계약의 보험기간이 종신인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일
2. 자녀형에서 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 27세 계약해당일 이후인 경우에는 27세 계약해당일의 전일
3. 보험기간이 추가되는 경우에는 주계약 체결시점에 계약자가 선택한 주계약의 보험기간(추가되는 보험기간 제외) 만료일
다만, 보험기간이 종신까지 추가되는 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일
4. 연금보험의 경우 연금개시전 보험기간 만료일



② 보장내용 변경주기 만료일은 「최초(재)가입나이 + 보장내용 변경주기」세 계약해당일의 전일로 합니다.

제 12 조의 3 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형, 자녀형에 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.
3. 자녀형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀[주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함] 중 특약을 체결할 때 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 제 23 조(해지환급금) 제 1 항에 따른 금액을 지급합니다.
- ③ 배우자형 및 자녀형의 경우 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 또는 자녀의 자격을 상실한 경우 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제 2 항의 경우에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3 개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제 12 조의 4 [특약의 보험기간 및 갱신]

- ① 이 특약의 보험기간은 1 년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15 일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제 18 조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제 1 회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ③ 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 「최초(재)가입나이 + 보장내용 변경주기」세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ④ 제 2 항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 만료일이 제 3 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
- ⑤ 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 보험요율(상해입원형 및 상해통원형의 경우 피보험자의 직업 또는 직무 위험등급에 따라 산출된 보험요율을 말합니다)을 적용하고, 그 보험요율은 나이의 증가, 의료수가의 변동, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑥ 제 5 항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30 일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다. 다만, 최종 갱신계약의 경우에는 안내하지 않습니다.
- ⑦ 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.

제 13 조 [특약의 무효]

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약 나이에 도달한 경우에는 해당 특약은 유효한 특약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.
- ② 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우 및 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제 14 조 [특약내용의 변경 등]

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 받아 이 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 회사는 승낙사실을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 적어 드립니다.

② 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리자로서 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 주계약을 감액안납보험으로 변경하는 경우 이 특약의 보험가입금액은 감액되지 않습니다.

용어 해설	〈감액안납보험〉 보험기간 중 보험료 납입이 어려워졌을 경우 보험계약의 보험기간 및 보험금의 지급조건 등은 유지하면서 보장금액을 낮추어 보험료 납입을 완료시키는 보험을 말합니다. 감액하는 시점에서 계약자가 받을 수 있는 해지환급금을 일시납 보험료로 하여 감액된 후의 보장금액을 계산합니다.

④ 계약자가 제 2 항에 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.

제 15 조 [특약의 소멸]

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

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이때 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 책임준비금(미경과보험료적립금)을 계약자에게 지급합니다.

② 제 1 항 제 2 호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제 1 항 제 2 호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제 5 조(보험금의 청구) 제 1 항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제 6 조(보험금의 지급 절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제 6 조(보험금의 지급절차) 제 2 항에도 불구하고 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 16 조 [재가입]

① 회사는 최초가입시 계약자에게 보장내용 변경주기 만료일 이후 재가입할 때 인수조건(재가입가능 최고연령 등)을 설명해야 하고, 이 특약의 재가입 시점에 관련 법령, 금융위원회의 명령, 표준약관 등에 따라 보장내용이 변경될 수 있음을 안내합니다.

② 특약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 보장내용 변경주기 만료일까지 재가입 의사를 표시한 때에는 회사가 정한 절차에 따라 계약자는 보장내용 변경주기 만료일의 다음 날로 재가입 할 수 있습니다.

1. 재가입일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 최초가입 당시 정한 나이의 범위 내일 것

2. 재가입 전 특약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

③ 이 특약의 보장내용 변경주기 만료일 이후 계약자가 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료보험 상품으로 가입을 할 수 있으며, 회사는 이를 거절할 수 없습니다.

④ 회사는 보장내용 변경주기 만료일 30 일 이전까지 2 회 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.

⑤ 회사가 제 4 항에 따른 안내를 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명 또는 같은 법 제 2 조 제 3 호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봄

니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제 4 항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

⑥ 계약자가 이 특약을 재가입하는 경우에는 제 2 조의 2(특약의 보장개시일), 제 8 조(계약 전 알릴 의무), 제 10 조(알릴 의무 위반의 효과), 제 11 조(사기에 의한 계약) 및 제 12 조(특약의 체결 및 설명의무 등) 제 2 항, 제 3 항 및 제 6 항을 준용합니다. 단, 재가입의 경우 제 1 회 보험료는 재가입할 때의 보험료를 말합니다.

제 6 관 보험료의 납입

제 17 조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제 2 항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 18 조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- ① 최초가입시 최초계약의 제 2 회부터의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약 및 재가입시 최초계약의 제 1 회부터의 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 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14 일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닐 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지 합니다]으로 정하여 다음 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 특약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.
 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 해지되면 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다.
- ④ 회사가 제 3 항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명 또는 같은 법 제 2 조 제 3 호에 따른 공인전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.
- ⑤ 회사는 제 4 항에 따른 확인 결과 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제 3 항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ⑥ 제 2 항 및 제 3 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제 23 조(해지환급금) 제 1 항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

제 19 조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

- ① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)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 제 1 항에도 불구하고 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 경우에는 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 면제(주계약이 갱신형 보험인 경우 “갱신 전 주계약”의 보험료 납입이 면제된 경우 포함)되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)

2. 제 18 조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)

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

⑤ 제 1 항에서 제 3 항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약을 청약할 때 제 8 조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우 또는 보험기간 중 제 9 조(상해보험계약 후 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제 10 조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 20 조 [강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)]

① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 특약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아 특약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 특약 내용의 변경 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 특약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 보험수익자가 제 1 항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 특약의 특별부활(효력회복) 청약을 한 경우 이를 승낙하며, 특약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

③ 회사는 제 1 항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우 회사는 제 1 항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 회사는 제 1 항의 통지를 특약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험수익자가 제 1 항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 특약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 특약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제 3 항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제 1 항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 7 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 21 조 [계약자의 임의해지]

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 특약이 해지된 경우 회사는 제 23 조(해지환급금) 제 1 항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

② 제 1 항에도 불구하고 특약을 체결할 때 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

③ 제 2 항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제 2 항의 ‘태아가 출생하기 전’임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

④ 제 1 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 적어 드립니다.

제 22 조 [중대사유로 인한 해지]

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1 개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 적었거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사는 제 1 항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 사실을 계약자에게 통지하고 제 23 조(해지환급금) 제 1 항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

제 23 조 [해지환급금]

- ① 이 특약은 해지환급금이 없습니다. 단, 특약이 해지된 시점에 산출방법서에 따른 미경과보험료적립금 등이 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급하여 드립니다.
- ② 제 1 항에 따른 금액의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해당 금액을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해당 금액을 지급합니다. 제 1 항에 따른 금액 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표 2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

제 8 관 다수보험의 처리 등

제 24 조 [다수보험의 처리]

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제 2 항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.
- ② 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다. 이 경우 입원의료비, 통원의료비(외래), 통원의료비(차방조제)를 각각 구분하여 계산합니다.

설명	각 계약별 비례분담액 = $\frac{(\text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액}) \times \text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액을 합한 금액}}$

용어 해설	〈피보험자부담 공제금액〉 입원보장의 경우 보상대상의료비에서 회사의 보상금액을 뺀 금액을 말하며, 통원보장의 경우 제 3 조 (보상내용)에서 정한 ‘항목별 공제금액’을 말합니다.

제 25 조 [연대책임]

- ① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고, 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 특약의 보험가입금액 한도 내에서 지급합니다.
- ② 제 1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

제9 관 분쟁의 조정 등

제 26 조 [회사의 손해배상책임]

- ① 회사는 특약과 관련하여 임직원, 보험설계사 또는 대리점에 책임이 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 관계 법령 등에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 소송을 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급 여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 합의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 회사는 제 2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ④ 회사가 제 12조(특약의 체결 및 설명의무 등) 제 7항에 따른 의무를 이행하지 않아 계약자가 다수의 실손의료보험에 가입한 경우, 회사는 계약자에게 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ⑤ 회사가 제 4항에 따라 계약자에게 손해를 배상할 책임이 발생한 경우 계약자는 이 특약의 최초계약일부터 5년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 특약의 최초계약일부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제 10 관 기타사항

제 27 조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대해서는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대해서도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

용어의 정의

용어	정의
계약	보험계약
주계약	주된 보험계약
진단특약	특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약
보험증권	특약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	회사가 특약에서 정한 보상책임을 지는 기간
회사	보험회사
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았다더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 대한 이자를 줄 때 1 년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1 년의 원금으로 하는 이자 계산방법
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 확인 가능
해지환급금	특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날은 제외
최초계약	최초(재)가입으로 성립된 보험계약
갱신계약	특약의 보험기간 만료 후 제 12 조의 4(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우
갱신 전 계약	갱신계약의 경우 특약이 갱신되기 직전 계약
갱신일	갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음날
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	「의료법」 제 2 조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	「약사법」 제 2 조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	「의료법」 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원 · 병원 · 치과병원 · 한방병원 · 요양병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 구분
약국	「약사법」 제 2 조 제 3 호에 따른 장소로서, 약사가 수여(授與)할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외

병원	「국민건강보험법」 제 42 조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원을 말하며, 조산원은 제외
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 '이와 동등하다고 인정되는 의료기관'	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원 시 병실로 산정에 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방받은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대로(cast), 지정진료비 등
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액
보상한도 종료일	회사가 보험가입금액 한도까지 입원의료비를 보상한 기준 입원일자
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것. 이 경우 「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항 제 3 호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업 예외 지역에서의 약사의 직접조제를 포함
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대로(cast), 지정진료비 등
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비
요양급여	「국민건강보험법」 제 41 조(요양급여)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음의 요양급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	「의료급여법」 제 7 조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여. 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 8. 그 밖에 의료목적의 달성을 위한 조치

「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법시행령」별표 3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법 시행령」제 13 조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
보상대상의료비	피보험자가 실제로 부담한 의료비 - 보상제외금액* * 제 2 관[회사가 보상하는 사항 및 보상하지 않는 사항]에서 정한 “회사가 보상하지 않는 사항에 따른 금액” 및 “실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 회사가 보상하지 않는 금액”
보상책임액	(보상대상의료비 - 피보험자부담 공제금액)과 보험가입금액 중 작은 금액
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제 3 보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2 개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함

별표 2

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제6조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	기 간	적립이율
보장관련 보험금 (약관제3조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1 년이내: 평균공시이율의 50% 1 년초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 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 제 6 조(보험금의 지급절차) 제 3 항 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.

임신질환실손입원의료비(통상분만 제외)특약 D(무배당) 약관

임신질환실손의료보험은 보험회사가 피보험자의 약관에서 정한 임신질환으로 인한 손해(의료비에 한정합니다)를 보상하는 상품입니다.

제 1 관 일반사항 및 용어의 정의

제 1 조 [보장종목]

① 회사가 판매하는 ‘임신질환실손입원의료비(통상분만 제외)특약 D(무배당)’은 다음과 같이 질병입원형 보장종목으로 구성되어 있습니다.

보장종목	보상하는 내용
질병입원	피보험자가 임신질환으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상

② 제 1 항의 “임신질환”은 별표 2[임신질환(통상분만 제외) 분류표]에서 정한 질병을 말하며, 이하 같습니다.

제 2 조 [용어의 정의]

이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 (별표 1)과 같습니다.

제2조의2 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5[악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병”, “제2조의3(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암”, “제2조의4(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세포형 부위의 악성신생물(암)]의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 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 제2조의3(“비침습 방광암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.

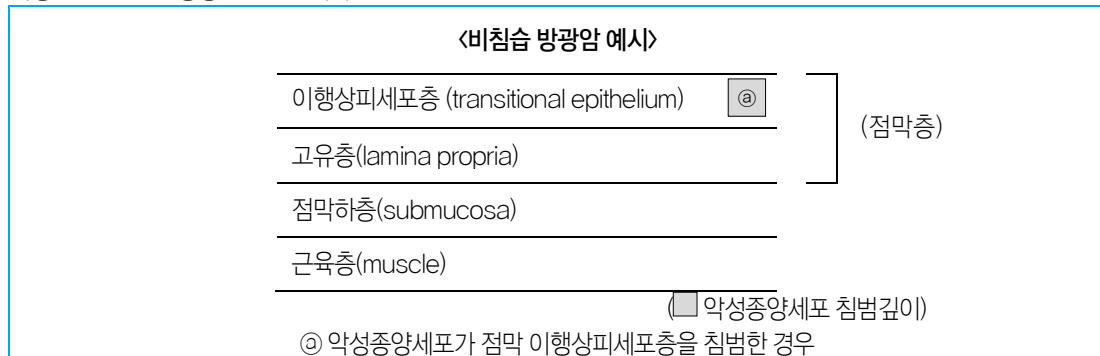
⑤ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”은 제2조의4(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑥ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 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.

제 2 조의 3 [“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”이라 함은 방광의 이행상피세포층(transitional epithelium)에서 발생한 악성종

양 세포가 점막 고유층(lamina propria)까지는 침범하지 않은 비침습 유두암(papillary carcinoma) 상태로 'AJCC 암 병기설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제 7 판'에서 정한 병기상 TaNOM0 인 방광암을 말합니다.

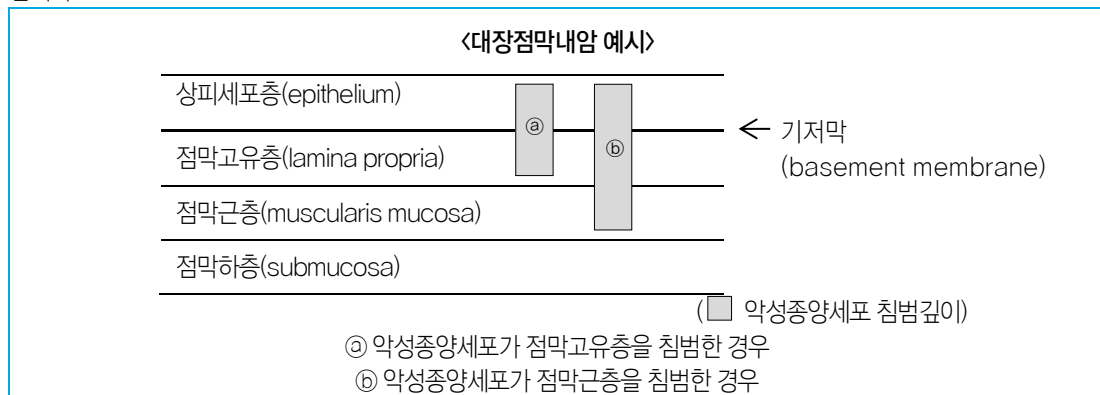


② 제 1 항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리와 전문의 자격을 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.

제 2 조의 4 [“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 병리와 전문의 자격을 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.

제 2 조의 5 [특약의 보장개시일]

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

② 제1항에도 불구하고 제2조의2(“암”등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 계약일 부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관 이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

<암보장개시일 예시>

The diagram illustrates a timeline starting from the '계약일[부활(효력회복)일]' (Contract Date [Revival (Effective Date)]) on '4월 10일' (April 10th). A horizontal line represents the timeline. A vertical line marks the start date. A double-headed arrow indicates a duration of '90 일 (암보장 제외기간)' (90 days (Cancer insurance exclusion period)). Another vertical line marks the '암보장개시일' (Cancer insurance start date) on '7월 9일' (July 9th).

제 3 조 [보상내용]

구 분	보 상 금 액
입원실료, 입원제비용, 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금*과 '비급여'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 보험기간 동안 200 만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. (*) 상급병실료 차액 제외
상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.

④ 제 1 항 및 제 3 항에도 불구하고 분만입원의 경우에는 총입원일수가 통상분만입원일수를 초과하는 경우에 한하여 제 1 항 및 제 3 항에 따라 계산한 금액에서 통상분만입원일수를 총입원일수로 나눈 비율을 추가로 공제한 후의 금액을 보험가입금액[1천만원(단, 상급병실료 차액은 100만원)]의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 통상분만입원일수는 자연분만은 4일, 제왕절개는 8일을 적용합니다.

설명	〈보상예시〉
	총 의료비 200 만원, 보상금액 160 만원 (사례 1) 유산으로 3 일 입원시 통상분만입원일수를 적용하지 않으므로 160 만원 전액 지급 (사례 2) 자연분만으로 6 일 입원시 $160 \text{ 만원} \times \frac{\text{총입원일수(6 일)} - \text{통상분만입원일수(4 일)}}{\text{총입원일수(6 일)}}$ = 53.3 만원 (사례 3) 제왕절개로 7 일 입원시 총입원일수(7 일)가 통상분만입원일수(8 일)을 초과하지 않았으므로 보상하지 않음

- ⑤ 제 1 항에서 제 4 항에 따라 보험기간 동안 보상하는 보험금 총액은 보험가입금액[1 천만원(단, 상급병실료 차액은 100 만원)]의 한도 내에서 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 이 특약의 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 이 특약의 보험기간 만료일부터 7 일까지(보험기간 만료일은 제외합니다)의 입원의료비를 보상합니다.
- ⑦ 피보험자가 직원복지후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

제 4 조 [보상하지 않는 사항]

회사가 이 특약에서 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

- ① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우 제 3 조(보상내용)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제 5 조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입 면제 사유가 발생한 때에는 해당 보상금액을 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
 4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에 도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비
- ② 회사는 '제 7 차 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행)'에 따른 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 제 8 차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 아래 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
1. 달리 분류되지 않은 기타 산과적 병태(O94-O99)
 2. 총입원일수가 통상분만입원일수 이내인 분만입원에서 발생한 의료비. 다만, 총입원일수가 통상분만입원일수를 초과하는 분만입원의 경우에는 제 3 조(보상내용) 제 4 항에 따라 보상합니다.
- ③ 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제 2 조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
 2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)

4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
5. 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence) · 불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항(별표 2)비급여대상에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.
8. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(옹비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다) · 축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 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 다리 정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)
 - 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
9. 진료와 무관한 각종 비용(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보상내용) 제1항, 제2항 및 제4항부터 제7항에 따라 보상합니다.
11. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)
12. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
13. 「모자보건법」 제2조(정의)에서 정한 산후조리업에 해당하는 산후조리원에서 발생한 비용
14. 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비
 - 가. 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다)
 - 나. 양수검사, 기형아검사
 - 다. 철분제 등의 영양제 및 영양수액

제3관 보험금의 지급

제5조 [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 장애분류표(별표 4 참조) 중 동일한 장애[장애분류표(별표 3 참조)에서 정한 “장애”를 말하며, 이하 같습니다] 또는 장애 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애 상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

- ③ 암보장개시일 이후 보험료 납입기간 중 피보험자가 암(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)으로 진단 확정 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ④ 암보장개시일 전일 이전에 발생한 "암"이 암보장개시일 이후에 동일한 "암"으로 진단되는 경우(종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함)에는 제 3 항의 경우가 발생하더라도 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 제 2 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 4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑥ 제 5 항에 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 제 2 항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 4 참조)상 2 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑨ 제 2 항의 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 제 2 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 4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑪ 제 10 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 4 참조)상의 2 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 장해분류표(별표 4 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표 4 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑬ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 3 조(보상내용)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제 2 항 및 제 3 항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑭ 계약자와 회사가 제 2 항 및 제 3 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 6 조 [보험금의 청구]

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 사망진단서, 장해진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인 이 아닌 경우 본인의 인감증명서 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 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 조 [보험금의 지급절차]

- ① 회사는 제 6 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

② 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표 6(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 같이 계산합니다.

③ 제 1 항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제 1 항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내의 금액을 지급하는 제도를 말합니다)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제 6 조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제 5 항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유를 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제 7 항 및 제 5 조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제 14 항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제 3 자의 의견을 따르기로 한 경우

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

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제 10 조(알릴 의무 위반의 효과) 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 경우 회사는 사실확인이 끝날 때까지 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

⑦ 보험수익자와 회사가 제 3 조(보상내용)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 규정된 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 따른 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 회사는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제, 「의료급여법」에 따른 본인부담금 상한제 및 보상제와 관련한 확인요청을 할 수 있습니다.

⑨ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있습니다.

제 8 조 [보험금을 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제 4 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 9 조 [계약 전 알릴 의무]

재해사망특약 N(무배당)의 제 10 조 내용을 따릅니다.

제 10 조 [알릴 의무 위반의 효과]

① 회사는 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제 9 조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 알릴 의무가 있는 사항이 중요한 사항에 해당하는 경우에는 보험금 지급사유의 발생 여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1 개월 이내에 이 특약을 해지할 수 있습니다.

② 제 1 항의 경우라도 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 특약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 특약체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1 개월 이상 지났거나 또는 제 1 회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2 년(진단특약의 경우 질병에 대해서는 1 년)이 지났을 때
3. 특약을 체결한 날부터 3 년이 지났을 때

4. 이 특약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등을 말합니다)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지할 수 있습니다.
5. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
 - 나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
 - 다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때
- ③ 제 1 항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 회사는 제 22 조(해지환급금) 제 1 항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제 1 항에 따른 특약의 해지가 보험금 지급사유가 발생한 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 계약 전 알릴 의무 위반사실과 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 서면 등으로 알려 드립니다.
- ⑤ 제 1 항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유가 발생하는 데에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제 4 항에도 불구하고 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제 11 조 [사기에 의한 계약]

재해사망특약 N(무배당)의 제 12 조 내용을 따릅니다.

제 5 관 보험계약의 성립과 유지

제 12 조 [특약의 체결 및 설명의무 등]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(講約)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 등을 말합니다)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제 1 회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일을 말합니다)부터 30 일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 보험증권을 드립니다. 이 경우 30 일 이내에 회사가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제 1 회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율에 1%를 더한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제 1 회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 사람이 다른 "임신질환 실손 의료보험계약"을 체결하고 있는지를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 사람이 다른 "임신질환 실손 의료보험계약"의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

제12조의2 [보험료 정산에 관한 사항]

- ① 이 특약을 체결할 때 보험기간은 1년을 기준으로 체결하며, 제12조의4(특약의 보험기간)에서 정한 보험기간 이후 납입한 보험료는 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 “산출방법서”라 합니다)에 정한 방법에 따라 환급하여 드립니다.
- ② 제1항의 보험료 정산 사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 보험료 정산과 관련된 서

료를 제출하고 보험료 정산을 청구하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 보험료를 환급하는 경우 회사는 정산일까지의 기간에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 계약자에게 지급합니다.

제 12 조의 3 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자의 부양자[임신한 모(母)에 한합니다]로 합니다.

② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인[임신한 모(母)에 한합니다]으로 합니다.

제 12 조의 4 [특약의 보험기간]

이 특약의 보험기간은 계약일부터 분만후 42 일까지로 합니다.

제 13 조 [특약의 무효]

① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약 나이에 도달한 경우에는 해당 특약은 유효한 특약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.

② 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우 및 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제 14 조 [특약내용의 변경 등]

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 받아 이 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 회사는 승낙사실을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 적어 드립니다.

② 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리자로서 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 주계약을 감액완납보험으로 변경하는 경우 이 특약의 보험가입금액은 감액되지 않습니다.

용어 해설	〈감액완납보험〉 보험기간 중 보험료 납입이 어려워졌을 경우 보험계약의 보험기간 및 보험금의 지급조건 등은 유지하면서 보장금액을 낮추어 보험료 납입을 완료시키는 보험을 말합니다. 감액하는 시점에서 계약자가 받을 수 있는 해지환급금을 일시납 보험료로 하여 감액된 후의 보장금액을 계산합니다.

④ 계약자가 제 2 항에 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.

제 15 조 [특약의 소멸]

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

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 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) 또는 주계약 약관에서 별도로 정한 사항이 있는 경우에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 책임준비금(미경과보험료적립금)을 계약자에게 지급합니다.

② 제 1 항 제 2 호의 '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 제 1 항 제 2 호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제 6 조(보험금의 청구) 제 1 항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제 7 조(보험금의 지급 절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제 7 조(보험금의 지급절차) 제 2 항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 6 관 보험료의 납입

제 16 조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

재해사망특약 N(무배당)의 제 17 조 내용을 따릅니다.

제 17 조 [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 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14 일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닐 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 다음 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 특약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

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 해지되면 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다.

③ 회사가 제 2 항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명 또는 같은 법 제 2 조 제 3 호에 따른 공인전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.

④ 회사는 제 3 항에 따른 확인 결과 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제 2 항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

⑤ 제 1 항 및 제 2 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제 22 조(해지환급금) 제 1 항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

제 18 조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)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 제 1 항에도 불구하고 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 계약자는 해지된 날부터 3 년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 경우에는 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 면제(주계약이 갱신했던 경우 “갱신 전 주계약”의 보험료 납입이 면제된 경우 포함)되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)

2. 제 17 조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.
- ⑤ 제 1 항에서 제 3 항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약을 청약할 때 제 9 조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제 10 조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 19 조 [강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)]

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 특약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아 특약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 특약 내용의 변경 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 특약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 보험수익자가 제 1 항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 특약의 특별부활(효력회복) 청약을 한 경우 이를 승낙 하며, 특약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ③ 회사는 제 1 항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우 회사는 제 1 항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제 1 항의 통지를 특약이 해지된 날부터 7 일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7 일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험수익자가 제 1 항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 특약의 특별부활(효력회복)을 청약 한 경우에는 특약이 해지된 날부터 7 일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
- 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 7 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 20 조 [계약자의 임의해지]

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 특약이 해지된 경우 회사는 제 22 조(해지환급금) 제 1 항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 적어 드립니다.

제 21 조 [중대사유로 인한 해지]

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1 개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 적었거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사는 제 1 항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 사실을 계약자에게 통지하고 제 22 조(해지환급금) 제 1 항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

제 22 조 [해지환급금]

- ① 이 특약은 해지환급금이 없습니다. 단, 특약이 해지된 시점에 산출방법서에 따른 미경과보험료적립금 등이 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급하여 드립니다.
- ② 제 1 항에 따른 금액의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해당 금액을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해당 금액을 지급합니다. 제 1 항에 따른 금액 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표 6(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

제8관 다수보험의 처리 등

제 23 조 [다수보험의 처리]

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.
- ② 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다.

설명	$\text{각 계약별 비례분담액} = \frac{(\text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액}) \times \text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액을 합한 금액}}$

용어 해설	〈피보험자부담 공제금액〉 보상대상의료비에서 해당 계약의 보상금액을 뺀 금액을 말합니다.

제 24 조 [연대책임]

- ① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고, 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 특약의 보험가입금액 한도 내에서 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

제9관 분쟁의 조정 등

제 25 조 [회사의 손해배상책임]

- ① 회사는 특약과 관련하여 임직원, 보험설계사 또는 대리점에 책임이 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 관계 법령 등에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 소송을 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급 여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 합의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ④ 회사가 제12조(특약의 체결 및 설명의무 등) 제5항에 따른 의무를 이행하지 않아 계약자가 다수의 실손의료보험에 가입한 경우, 회사는 계약자에게 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ⑤ 회사가 제4항에 따라 계약자에게 손해를 배상할 책임이 발생한 경우 계약자는 이 특약의 계약일부터 5년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 특약의 계약일부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제10관 기타사항

제 26 조 [주계약 약관 및 삼성단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대해서는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 삼성단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대해서도 삼성단체취급특약의 규정을 따릅니다.

용어의 정의

용어	정의
계약	보험계약
주계약	주된 보험계약
진단특약	특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약
보험증권	특약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	회사가 특약에서 정한 보상책임을 지는 기간
회사	보험회사
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 사항
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 대한 이자를 줄 때 1 년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1 년의 원금으로 하는 이자 계산방법
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결시점의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인 가능
해지환급금	특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날은 제외
의사	「의료법」 제 2 조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
의료기관	「의료법」 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분
병원	「국민건강보험법」 제 42 조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원을 말하며, 조산원은 제외
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 '이와 동등하다고 인정되는 의료기관'	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원 시 병실료 산정에 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방받은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대로(cast), 지정진료비 등

입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액
요양급여	「국민건강보험법」 제 41 조(요양급여)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음의 요양급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	「의료급여법」 제 7 조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여. 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 8. 그 밖에 의료목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법시행령」별표 3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법 시행령」제 13 조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
보상대상의료비	피보험자가 실제로 부담한 의료비 - 보상제외금액* * 제 2 관[회사가 보상하는 사항 및 보상하지 않는 사항]에서 정한 “회사가 보상하지 않는 사항에 따른 금액” 및 “실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 회사가 보상하지 않는 금액”
보상책임액	(보상대상의료비 - 피보험자부담 공제금액)과 보험가입금액 중 작은 금액
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제 3 보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2 개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함
분만	자궁 속에서 자란 태아와 태반을 밖으로 내어놓는 현상을 말하며, 자연분만과 제왕절개로 나뉨. 다만, 자궁 속에서 태아가 사망한 후에 자연분만 또는 제왕절개로 꺼내는 경우는 제외함
자연분만	수술하지 않고 자궁수축에 의해 질을 통해 태아가 만출되는 분만을 말함
제왕절개	복부와 자궁을 절개한 후 절개 부위를 통하여 태아를 꺼내는 수술을 말함
분만입원	분만 및 분만후 회복을 위한 입원으로서 합병증 또는 동반상병 유무와 상관없이 분만을 위한 검사 및 분만 전 처치가 발생한 날(다만, 제왕절개에 대해 포괄수가제(DRG) 적용시에는 포괄수가제(DRG)가 적용된 날)부터 분만 후 회복 치료가 종료된 시점까지의 연속된 입원을 말함. 다만, 분만 이후 퇴원하여 동일한 일자에 재입원하거나 다른 의료기관으로 전원한 경우에는 연속된 입원으로 봄
통상분만 입원일수	분만입원시 일반적으로 소요될 수 있는 입원일수를 의미하며, 자연분만은 4 일, 제왕절개는 8 일을 적용함

별표 2

임신질환(통상분만 제외) 분류표

약관에 규정하는 임신질환(통상분만 제외)으로 분류되는 질병은 제 7 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
· 유산된 임신	000~008
· 임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	010~016
· 주로 임신에 관련된 기타 산모장애	020~029
· 태아와 양막강 그리고 가능한 분만문제에 관련된 산모관리	030~048
· 진통 및 분만의 합병증	060~075
· 분만	080~084
· 주로 산후기에 관련된 합병증	085~092

- (주) 1. 제 8 차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 분만입원 (별표 1 참조)의 경우에는 총입원일수가 통상분만입원일수 이내인 경우에는 보상하지 않으며, 총입원일수가 통상분만입원일수를 초과하는 경우에 한하여 약관에 따라 보상합니다. 다만, 통상분만입원일수는 자연분만은 4 일, 제왕절개는 8 일(별표 1 참조)을 적용합니다.

별표 3 재해분류표

주계약 약관의 (별표 2)와 동일

별표 4 장애분류표

주계약 약관의 (별표 3)과 동일

별표 5 악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)

주계약 약관의 해당 분류표와 동일

별표 6

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제 7 조 제 2 항 및 제 22 조 제 2 항 관련)

구분	적립기간	적립이율
입원의료비 (제 3 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(40%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(60%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(80%)
제 22 조 제 1 항에 따른 금액	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1 년 이내 : 평균공시이율의 50% 1 년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 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 제 7 조(보험금의 지급절차) 제 3 항 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.

특정신체부위·질병보장제한부인수특약 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 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(講約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 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.
- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 같습니다.
- ④ ‘주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우’ 또는 ‘이 특약의 피보험자가 사망한 경우’에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑤ 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 각호의 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 계약사정 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 회사에서 정한 계약사정 기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.
- ③ 제1항의 규정에도 불구하고 다음 중 어느 하나의 사유로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 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) 제3항의 규정을 준용합니다.

제4조 [주계약 약관 규정의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

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	상 · 하악골(위턱뼈 · 아래턱뼈)
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	자궁근증	D25	자궁의 평활근증

(주) 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

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(講約)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 3촌 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.

제 4 조 [지정대리청구인의 변경 지정]

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

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 보험증권
3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

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. 피보험자의 인감증명서
5. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
6. 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.

플러스연금전환특약(무배당) 약관

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 전환시 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다. 이 경우 전환시의 약관 및 보험요율을 적용하며, 가입나이 또한 전환시의 나이를 적용합니다. 단, 체증연금형, 조기집중연금형 및 종신연금플러스형의 경우 「전환전계약 가입시점 당시 회사의 경험 연금사망률에 따라 계산된 연금액」이 「전환시점의 경험 연금사망률에 의해 계산된 연금액」보다 큰 경우에는 「전환전계약 가입시점 당시 회사의 경험 연금사망률을 기준으로 산출한 연금액」을 지급합니다.

제1관 보험금의 지급

제1조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 연금지급개시일부터 매년 계약해당일에 살아 있을 때에는 보험수익자에게 생존연금(별표1 “연금 지급기준표” 참조)을 지급합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제2조 [보험금의 청구]

보험수익자는 다음의 서류 중 해당서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
3. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

제3조 [보험금의 지급절차]

- ① 회사는 제2조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
- ② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 생존연금(노후설계자금을 선택한 경우 해당 노후설계자금을 포함)의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려 드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2관 보험계약의 성립과 유지

제4조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 또는 체결 후 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약(講約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.(이하 주계약은 “전환전계약”이라 하며, 이는 부가된 특약 중 함께 전환하는 특약을 포함하며 보험가입금액을 감액하여 전환하는 경우에는 감액된 부분에 대한 보험가입금액을 말합니다)
- ② 계약자는 연금지급개시일 전일까지 연단위 보험계약 해당일로 연금지급개시시점을 선택하여야 하며, 회사가 정한 바에 따라 다음에서 정하는 연금지급형태 중 한 가지를 결정하여야 합니다.
 1. 확정기간연금플러스형
 2. 상속연금형

3. 체증연금형
4. 조기집중연금형
5. 종신연금플러스형(개인형/부부형)

③ 계약자가 제2항 제1호 또는 제5호 중 한 가지를 선택하는 경우 노후설계자금의 선택이 가능합니다.

제5조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 연금지급형태별로 다음에서 정한 자로 합니다.

1. 본인형

가. “확정기간연금플러스형”, “상속연금형”, “체증연금형”, “조기집중연금형” 또는 “종신연금플러스형(개인형)”의 경우 “전환전계약의 피보험자”를 말합니다. 단, 전환전계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 “전환전계약의 주피보험자, 종피보험자 또는 계약자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인”을 말하며, 이하 본인형의 경우 같습니다.

나. “종신연금플러스형(부부형)”의 경우 “전환전계약의 피보험자(이하 본인형의 경우 “주피보험자”라 합니다)”와 “주피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 본인형의 경우 “종피보험자”라 합니다)”를 말합니다. 주피보험자와 종피보험자를 합하여 “피보험자”라 하며, 이하 본인형의 경우 같습니다.

2. 배우자형

가. “확정기간연금플러스형”, “상속연금형”, “체증연금형”, “조기집중연금형” 또는 “종신연금플러스형(개인형)”의 경우 “전환전계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자”를 말합니다. 단, 전환전계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 “전환전계약의 주피보험자, 종피보험자 또는 계약자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자”를 말하며, 이하 배우자형의 경우 같습니다.

나. “종신연금플러스형(부부형)”의 경우 “전환전계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 배우자형의 경우 “주피보험자”라 합니다)”와 “주피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 배우자형의 경우 “종피보험자”라 합니다)”를 말합니다. 주피보험자와 종피보험자를 합하여 “피보험자”라 하며, 이하 배우자형의 경우 같습니다.

② 부부형의 경우 종피보험자가 사망이외의 원인(이혼 등)으로 제1항의 제1호 ‘나’ 또는 제2호 ‘나’에 해당되지 않게 된 경우 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 하며, 이 경우 그 때부터 종피보험자의 자격을 갖지 않습니다.

③ 제2항의 경우 계약자는 회사의 승낙을 얻어 주피보험자를 피보험자로 하는 개인형으로 전환할 수 있습니다. 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 “산출방법서”라고 합니다)”에서 정한 방법에 따라 개인형과 부부형의 적립액 차액을 정산하여 드리며, 전환시점부터의 연금액은 개인형으로 전환된 연금액을 지급합니다.

④ 제2항에도 불구하고 종피보험자의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 계약자가 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 종피보험자의 자격이 유지됩니다.

제6조 [특약의 보험기간]

이 특약의 보험기간은 “상속연금형”, “체증연금형”, “조기집중연금형”, “종신연금플러스형(개인형/부부형)”의 경우 연금지급개시일부터 종신까지이며, “확정기간연금플러스형”의 경우 연금지급개시일부터 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제7조 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 계약자가 신청한 연금전환일로 합니다. 이 경우 특약의 보장개시일부터 전환전계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제8조 [특약의 소멸]

- ① 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ② 제1항의 “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.

제3관 보험료의 납입

제9조 [특약 보험료의 납입]

이 특약의 보험료는 전환전계약의 해지환급금 등의 전부 또는 일부를 일시에 납입하는 것으로 합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제10조 [계약자의 임의해지]

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지[단, “체증연금형”, “조기집중연금형” 및 “종신연금플러스형(개인형/부부형)” 제외] 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 보험수익자의 동의를 얻어야 합니다. 이 특약이 해지된 경우 회사는 제11조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② “확정기간연금플러스형” 또는 “상속연금형”의 경우 생존연금이 지급개시 된 이후에도 보험료를 감액할 수 있으며, 이 경우 보험수익자의 동의를 얻어야 합니다. 회사는 계약자가 보험료를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보아, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제11조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험료를 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제11조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금을 계산할 때 적용되는 공시이율은 제12조(공시이율의 적용 및 공시)에서 정한 이율로 합니다.
- ③ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제12조 [공시이율의 적용 및 공시]

- ① 이 특약에 대한 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 공시이율(단, 전환 후 10년 이내에는 연복리 1.5%, 10년을 초과한 경우에는 연복리 1.0% 최저보증)로 하며, 매월 1일부터 당월 마지막 날까지 1개월간 확정 적용합니다.

용어 해설	〈최저보증이율〉 운용자산이익률 및 시중금리가 하락되더라도 회사에서 보증하는 최저한도로 적용되는 이율을 말합니다. 예를 들어, 적립액이 공시이율에 따라 적립되며 공시이율이 0.5%인 경우 적립액은 공시이율(0.5%)이 아닌 최저보증이율(전환 후 10년 이내에는 1.5%, 10년 초과시에는 1.0%)로 적립됩니다.

② 제1항의 공시이율은 이 특약의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 객관적 외부지표금리와 운용자산이익률을 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정합니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에서 정한 공시이율 및 산출방법 등을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

설명	〈공시이율의 공시〉 이 보험의 사업방법서는 회사의 인터넷 홈페이지(www.samsunglife.com)의 “상품공시실” 내 “보험상품목록”에서 각 상품별로 공시하며, 적용되는 공시이율 및 산출방법 등은 회사의 인터넷 홈페이지의 “상품공시실” 내 “보험상품적용이율”에서 공시합니다.

제13조 [적립액의 인출]

① 계약자는 상속연금형을 선택한 경우 보험연도 기준 연12회에 한하여 적립액을 인출할 수 있으며, 인출금액은 보험수익자에게 지급됩니다(10만원 이상 천원 단위). 다만, 전환일부터 10년 이내에 인출하는 경우 각 인출시점까지의 인출금액(인출수수료 포함) 총합계는 이 특약의 보험료를 초과할 수 없습니다. 또한 각 인출시점까지의 인출금액(인출수수료 포함) 총합계와 최초 연금지급액을 더한 금액이 이 특약의 보험료를 초과할 수 없습니다.

② 적립액을 인출할 때 수수료는 인출금액의 0.2%와 2,000원 중 작은 금액 이내에서 사업방법서에서 정한 바에 따라 부가할 수 있으며 인출할 때 적립액에서 차감됩니다.

③ 적립액 인출 이후 해지환급금을 지급할 때에는 「인출금액(인출 수수료 포함) 및 인출금액(인출수수료 포함)에 부리되는 이자」를 차감하므로 해지환급금은 이 특약을 최초 가입할 때 안내한 금액보다 적어질 수 있습니다.

제5관 기타사항

제14조 [전환전계약 약관 규정의 준용]

① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대해서는 전환전계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 전환전계약의 약관 중 보험계약대출, 계약내용의 변경 등에 관한 사항은 적용하지 않습니다.

연금지급기준표

□ 생존연금 (약관 제1조)

연금종류		지급사유	지급금액
확정기간연금 플러스형		연금지급개시일에 피보험자가 살아있는 경우 연금지급기간(5년, 10년, 15년, 20년, 30년)의 매년 보험계약해당일에 확정지급	이 특약의 보험료에 (1-노후설계자금선택비율)을 곱한 금액을 기준으로 연금지급기간동안 나누어 계산한 연금액을 연금지급기간동안 지급
		연금지급개시일부터 노후설계자금 지급기간 내에 계약자가 노후설계자금의 인출 신청시	이 특약의 보험료에 노후설계자금선택비율을 곱한 금액을 기준으로 계산한 노후설계자금 범위 내에서 인출신청금액 지급
상속 연금형		연금지급개시일부터 매년 보험계약해당일에 피보험자가 살아있을 때	적립액에 대하여 보험연도 중 발생한 이자 상당액을 연금액으로 지급 (피보험자 사망한 경우에는 사망시점의 적립액을 지급)
체증 연금형		연금지급개시일부터 매년 보험계약해당일에 피보험자가 살아있을 때	이 특약의 보험료를 기준으로 아래와 같이 나누어 계산한 연금액을 지급(사망시에도 보증지급횟수까지의 잔여분은 지급) · 1회~최소보증지급횟수까지의 연금액: 연금연액이 매년 직전 년도 연금연액의 5% 또는 10%씩 증가하도록 계산한 연금액 · 최소보증지급횟수 후의 연금액: 매년 연금연액이 최소보증지급횟수 시점의 연금연액과 동일하도록 계산한 연금액
조기집중 연금형		연금지급개시일부터 매년 보험계약해당일에 피보험자가 살아있을 때	이 특약의 보험료를 기준으로 보증지급횟수까지의 연금연액이 보증지급횟수 이후 연금연액의 2배가 되도록 계산한 연금액을 지급(사망시에도 보증지급횟수까지의 잔여분은 지급)
종신 연금 플러스 스형	개 인 형	연금지급개시일부터 매년 보험계약해당일에 피보험자가 살아있을 때	이 특약의 보험료에 (1-노후설계자금선택비율)을 곱한 금액을 기준으로 나누어 계산한 연금액을 지급(사망시에도 보증지급횟수까지의 잔여분은 지급)
		연금지급개시일부터 노후설계자금 지급기간 내에 계약자가 노후설계자금의 인출 신청시	이 특약의 보험료에 노후설계자금선택비율을 곱한 금액을 기준으로 계산한 노후설계자금 범위 내에서 인출신청금액 지급

연금종류		지급사유	지급금액
종신 연금 플러스 스형	부 부 형	－ 연금지급개시일부터 매년 보험계약해당일에 주 피보험자가 살아있을 때	－ 이 특약의 보험료에 (1-노후설계자금선택 비율)을 곱한 금액을 기준으로 나누어 계산한 연금액을 지급 (사망시에도 보증지급횟수까지의 잔여분은 지급)
		－ 연금지급개시일 이후 주피보험자가 사망하고, 종피보험자가 연금지급개시일부터 연금의 보증지급횟수 이후에 매년 보험계약해당일에 살아 있을 때	－ 주피보험자 생존시 연금액의 100%(또는 계약자의 선택에 따라 70%)를 지급
		연금지급개시일부터 노후설계자금 지급기간 내에 계약자가 노후설계자금의 인출 신청시	이 특약의 보험료에 노후설계자금선택비율을 곱한 금액을 기준으로 계산한 노후설계자금 범위 내에서 인출신청금액 지급

- (주) 1. 생존연금의 계산은「공시이율」을 적용하여 계산되기 때문에「공시이율」이 변경되면 생존연금도 변경됩니다.
2. 이 특약의 공시이율이 연금지급개시시점의 공시이율과 계속 동일한 경우의 해당년도 연금액은 직전년도 연금액과 동일하나, 연금지급개시이후의 공시이율이 변경될 경우에는 직전에 지급된 연금액과 차이가 있을 수 있습니다. 다만, 체증연금형의 경우 최소보증지급횟수까지 계약자가 연금지급개시시 선택한 일정률로 증가하며, 조기집중연금형의 경우 보증지급횟수 이후에는 보증지급횟수 동안의 연금액의 50%로 변경됩니다. 또한 상속연금형의 경우 적립액(단, 보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액)의 일부 또는 전부를 인출한 경우에는 연금액이 변경될 수 있습니다.
3. 「공시이율(전환 후 10년 이내에는 연복리 1.5%, 10년을 초과한 경우에는 연복리 1.0% 최저보증)」은 매월 1일 회사가 정한 이율로 하며, 매월 1일부터 당월 마지막 날까지 1개월간 확정 적용합니다.
4. 보증지급횟수란 최소보증지급횟수부터 최대보증지급횟수까지 중 계약자가 선택한 횟수를 말하며, 이하 같습니다. 보증지급횟수 중 "최소보증지급횟수"란 10(단, 피보험자의 기대여명이 10보다 작은 경우에는 기대여명으로 하며, 최소 5로 합니다)회를 말하며, "최대보증지급횟수"란 100에서 연금지급개시나이를 차감한 횟수(단, 체증연금형의 경우 30회 한도)를 말합니다.
5. 최소보증지급횟수 중 "기대여명"이란 관련세법에 따라 통계표(통계법 제18조에 따라 통계청장이 고시)에 따른 성별·연령별 기대여명 연수(소수점 이하는 버립니다)를 말합니다.
6. 확정기간연금플러스형의 경우 연금지급개시후 연금지급기간(5년, 10년, 15년, 20년 또는 30년으로 하며, 이하 같습니다) 동안에 피보험자가 사망시에도 각 연금지급횟수(5회, 10회, 15회, 20회 또는 30회)까지의 지급되지 않은 각 연금액을 연금지급해당일에 지급합니다. 체증연금형, 조기집중연금형 및 종신연금플러스형의 경우 생존연금 지급개시후 보증지급횟수까지 지급되기 전에 피보험자가 사망시에도 보증지급횟수까지의 지급되지 않은 각 연금액을 매년 연금지급해당일에 지급합니다.
7. 확정기간연금플러스형의 경우 연금지급기간 동안의 지급되지 않은 연금을, 체증연금형, 조기집중연금형 및 종신연금플러스형의 경우 보증지급횟수까지의 지급되지 않은 생존연금을 산출방법서에서 정한 방법에 따라 공시이율로 할인하여 일시금으로 선지급할 수 있습니다.
8. 연금액은 매월, 매3개월, 매6개월로 나누어 산출방법서에 정한 바에 따라 지급할 수 있습니다.
9. 노후설계자금선택비율이란 노후설계자금의 수령을 위해 계약자가 「0~50% 범위에서 5% 단위로 선택한 비율」을 말합니다.
10. 제4조(특약의 체결) 제2항의 제1호 또는 제5호에서 정한 연금지급형태를 선택하는 경우의 노후설계자금은 산출방법서에서 정한 바에 따라 이 특약의 보험료에 노후설계자금선택비율을 곱한 금액에서 계약관리비용 중 유관비용과 계약자가 이미 인출한 금액(인출수수료 포함)을 차감하고 「공시이율」로 적립한 금액을 말합니다.

단, 노후설계자금선택비율이 0%인 경우 노후설계자금은 지급되지 않으며, 이 특약의 보험료 전액을 기준으로 산출방법서에 따라 연금액이 산출됩니다.

11. 계약자는 노후설계자금 지급기간동안 보험연도 기준 연12회에 한하여 노후설계자금의 인출이 가능하며 인출 금액은 보험수익자에게 지급합니다. 이 경우「인출금액의 0.2%와 2,000원」중 작은 금액 이내에서 사업방법서에 서 정한 바에 따라 수수료를 부가할 수 있습니다.
12. '노후설계자금 지급기간'이란 확정기간연금플러스형의 경우 연금지급기간 이내에서, 종신연금플러스형의 경우 보증지급횟수 이내에서 계약자가 선택한 기간을 말합니다.
13. (주)12에도 불구하고, 노후설계자금의 지급이 완료되지 않은 경우 노후설계자금 지급기간의 종료일에 잔여 노후 설계자금의 지급사유가 발생한 것으로 합니다. 단, 노후설계자금의 지급이 완료되기 전에 피보험자가 사망하는 경우에는 사망일에 잔여 노후설계자금의 지급사유가 발생한 것으로 합니다.
14. 종신연금플러스형의 경우 부부형을 선택시 최소보증지급횟수와 최대보증지급횟수는 주피보험자 기준으로 결정됩니다.
15. 체증연금형, 조기집중연금형 및 종신연금플러스형의 경우 전환전계약 가입시점 당시 회사의 경험 연금사망률 (단, 연금사망률의 가입나이는 전환전계약의 가입시점 나이, 연금지급개시나이는 전환시점의 나이로 합니다. 이하 같습니다)을 적용하여 계산된 연금액이 증가하게 되는 경우 전환전계약 가입시점 당시 회사의 경험 연금사망률을 기준으로 산출한 연금액을 지급합니다.
16. 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

별표2

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제3조 제2항 및 제11조 제3항 관련)

구분	기간		적립이율
생존연금 (제1조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청 구일까지의 기간	보험기간 만기일(단, 효력이 없게 된 경우에는 효력이 없게 된 날) 이내	공시이율
		보험기간 만기일(단, 효력이 없게 된 경우에는 효력이 없게 된 날) 의 다음 날 이후	1년이내 : 공시이율의 50% 1년초과기간 :1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해지환급금 (제11조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간		1년이내 : 공시이율의 50% 1년초과기간 :1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

- (주) 1. 계약자가 노후설계자금을 선택한 경우 상기 생존연금은 노후설계자금을 포함하며, 노후설계자금 신청가능기간의 종료시점을 해당 노후설계자금의 보험기간 만기일로 봅니다.
2. 생존연금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
3. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 전환전계약의 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.
4. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

계약분리특약 약관

※ 이 특약은 계약자가 선택한 경우에만 적용합니다.

제 1 관 보험계약의 성립과 유지

제 1 조 [용어의 정의]

이 특약에서 사용하는 용어의 의미는 아래와 같습니다.

1. 원(原)계약 : 계약분리의 대상이 되는 계약
2. 자(子)계약 : 원계약에서 계약분리되어 나가는 피보험자에게 새롭게 형성되는 계약
3. 모(母)계약 : 원계약에서 자계약이 계약분리되고 난 이후 원계약에 남아 있는 계약
4. 계약분리 : 원계약의 피보험자가 2인 이상인 경우[단, 원계약의 주계약 또는 부가특약 중 2인(3인,多人)보장보
험에 해당하는 주계약 또는 부가특약은 제외]에 “원계약”을 “모계약”과 “자계약”으로 분리하는 것

설명	〈 피보험자가 2인 이상인 경우 계약분리 가능 여부 예시 〉 ① 원계약의 주계약은 피보험자 A를 보장하고, 부가특약은 피보험자 B를 보장하는 계약인 경우 : 원계약을 모계약(피보험자 A 보장)과 자계약(피보험자 B 보장)으로 계약분리 가능 ② 원계약의 주계약은 피보험자 A와 B 모두 보장하고 부가특약은 피보험자 B만 보장하는 계약인 경우 : 원계약의 주계약을 피보험자 A와 B를 각각 보장해주는 2개의 계약으로 분리하는 것은 불가능 다만, 원계약의 주계약을 모계약(피보험자 A와 B 모두 보장)으로 하고 부가특약을 자계약(피보험자 B 보 장)으로 하는 계약분리는 가능

제 2 조 [특약의 적용]

이 특약은 이미 체결되어 있는 계약(부가된 특약을 포함합니다)을 제 3 조(계약분리의 대상이 되는 사유 및 조건)에 따
라 모계약과 하나 이상의 자계약으로 계약분리하는 경우에 적용합니다.

제 3 조 [계약분리의 대상이 되는 사유 및 조건]

① 이 특약에 따라 계약분리를 적용할 수 있는 경우는 계약분리 신청 당시 원계약의 피보험자들에게 아래에 정한 사항
중 하나 이상이 발생한 경우에 한합니다.

1. 법률상 배우자의 관계에 있었던 원계약의 피보험자들이 이혼한 경우
2. 원계약의 피보험자들이 부모와 자녀(실질적 부양관계에 있는 자 포함) 관계에 있을 때 자녀인 피보험자가 혼인
(법률혼)을 하는 경우
3. 기타 회사가 인정하는 경우

② 제 1 항에도 불구하고 아래 각 호의 조건을 모두 충족하는 경우에만 계약분리를 적용할 수 있습니다.

1. 원계약이 아래 각 목의 어느 하나를 충족하는 경우
 - 가. 원계약이 정상적으로 계약유지의 상태에 있는 경우
 - 나. 원계약이 보험료의 납입연체로 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않고(해지환급금이 없는 경우 또는
보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우를 포함) 해지된 날부터 3년 이내인 경
우
2. 자계약의 피보험자가 될 대상자가 아래 각 목의 내용 중 어느 하나에 해당하는 경우
 - 가. 원계약에서 보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우
 - 나. 원계약에서 보험금 지급사유가 발생한 경우라도 보험금 지급처리가 종결된 상태인 경우

3. 원계약에 대하여 가압류, 압류, 질권설정 등으로 계약자 또는 보험수익자의 권리행사에 제한이 없을 경우

제 4 조 [계약분리의 신청 등]

- ① 계약분리는 제 3 조(계약분리의 대상이 되는 사유 및 조건) 제 1 항에서 정한 사유가 발생한 후 원계약 계약자의 서면에 의한 신청이 있어야 하며, 회사가 승낙하는 경우에만 이루어집니다. 단, 계약분리 신청시 원계약의 주계약 피보험자, 자계약의 새로운 계약자 및 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ② 제 1 항에 따라 계약분리를 신청하는 경우 원계약의 계약자는 가족관계등록부 또는 주민등록등본 등 제 3 조(계약분리의 대상이 되는 사유 및 조건) 제 1 항에서 정한 사유를 입증할 수 있는 관련 서류를 제출해야 합니다.
- ③ 회사가 계약분리를 승낙하는 경우 회사는 자계약의 새로운 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 계약분리 신청서 부분을 발급하여 드리며, 계약분리에 따른 변경 사항 및 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제 5 조 [계약분리 이후의 효력]

- ① 계약분리 이후의 모계약과 자계약의 보장개시일, 보험기간, 납입기간 및 보장내용(납입면제 포함) 등은 원계약과 동일합니다.
- ② 계약분리 이후 모계약과 자계약의 피보험자에 대하여 원계약에서 계약 전 알릴 의무와 관련하여 청약서에 기재된 내용은 계약분리 이후에도 계속 유효하게 적용됩니다.
- ③ 계약분리 이후 모계약 및 자계약은 원계약으로의 환원이 불가합니다.
- ④ 계약분리시 원계약의 책임준비금은 “자계약에 상응하는 책임준비금”과 원계약의 책임준비금에서 자계약의 해당 책임준비금을 차감하고 남은 부분인 “모계약의 책임준비금”으로 분리되고 이후 각각 적용됩니다.

용어 해설	〈 책임준비금 〉 장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

제 2 관 기타사항

제 6 조 [원계약 약관 규정의 준용]

이 특약에서 따로 정하지 않은 사항에 대하여는 원계약의 약관 규정을 따릅니다.

중도부가서비스특약 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제1조 [특약의 적용]

- ① 이 특약은 주계약이 체결된 이후 회사가 정한 방법에 따라 계약자의 신청과 회사의 승낙에 의해 해당 시점에 회사가 판매 중인 특약(이하 “중도부가특약”이라 합니다)을 중도에 추가로 가입하는 경우에 적용합니다.
- ② 회사는 피보험자가 중도부가특약에 적합하지 않은 경우에 해당 중도부가특약의 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

제2조 [중도부가특약의 체결 및 보장개시일]

- ① 회사는 중도부가특약의 가입신청을 승낙하고 계약자로부터 회사가 정한 금액(이하 “정산보험료”라 함)을 받은 때부터 이 특약 및 중도부가특약의 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 가입을 신청할 때 정산보험료를 받고 승낙한 경우에는 정산보험료를 받은 때부터 이 특약 및 중도부가특약의 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다(이하 정산보험료를 받은 날을 “보장개시일”이라 하며, 보장개시일을 “중도부가일” 및 “특약계약일”로 봅니다).
- ② 제1항에도 불구하고 해당 중도부가특약에 암보장개시일 등과 같이 별도의 보장개시일이 설정되어 있는 경우에는 해당 중도부가특약의 중도부가일부터 보장개시일이 새롭게 산정(算定)되며, 회사는 그 날부터 해당 중도부가특약의 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

제3조 [중도부가특약의 나이 등 계산기준일]

- ① 이 특약에 따라 중도부가특약에 가입할 경우 해당 중도부가일 직전의 주계약 연단위 계약해당일(중도부가일이 주계약 연단위 계약해당일인 경우는 계약해당일을 말하며, 이하 “계산기준일”이라 합니다)을 기준으로 가입나이, 보험기간, 보험료 납입기간 등을 정하며, 중도부가특약의 보험료 납입주기는 주계약의 보험료 납입주기와 같아야 합니다. 다만, 갱신형특약을 중도부가 하는 경우, 해당 중도부가특약의 약관에도 불구하고 최초계약의 보험기간은 주계약을 가입할 때 부가하였음을 가정하였을 경우 남은 보험기간으로 하며, 이후 갱신계약의 보험기간은 해당 중도부가특약의 약관에 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 연금보험이고 연금지급개시를 신청할 때 특약을 가입하는 경우에는 중도부가특약의 보험료 납입주기가 주계약의 보험료 납입주기와 다르더라도 중도부가특약을 가입할 수 있습니다.

제4조 [정산보험료의 계산 및 보험료의 납입]

- ① 정산보험료는 아래 각 호를 더한 금액으로 합니다.
 1. 중도부가일 직전 월계약해당일의 순보험료식 책임준비금[해지환급금을 산출하는데 사용되는 기초율을 적용하여 계산한 순보험료식 책임준비금(단, 미경과보험료적립금은 제외)을 말하며, 이하 같습니다]
 2. 중도부가특약의 납입주기에 해당하는 영업보험료 중 중도부가일이 포함된 해당 월부터 주계약 보험료 납입기일(단, 주계약 보험료 납입기간이 완료된 경우 주계약의 보험료 납입해당월의 계약해당일) 전일까지의 기간에 해당하는 영업보험료
- ② 제1항에도 불구하고 중도부가특약의 보험료 납입주기가 일시납입인 경우 정산보험료는 아래 각 호를 더한 금액으로 합니다.
 1. 중도부가일 직전 월계약해당일의 순보험료식 책임준비금[해지환급금을 산출하는데 사용되는 기초율을 적용하여 계산한 순보험료식 책임준비금(단, 해당 월의 위험보험료, 계약관리비용중 유지관련비용(납입기간후) 및 최저 사망보험금 보충비용 차감전 금액)을 말하며, 이하 같습니다]
 2. 중도부가일 직전 연계약해당일을 기준으로 산출한 일시납 영업보험료 중 계약체결비용, 계약관리비용 중 기타비

용 및 최저해지환급금 보증비용

3. 제1호 및 제2호의 최저사망보험금 보증비용 및 최저해지환급금 보증비용은 해당 중도부가특약의 「보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라고 한다),에서 해당 비용을 부가하지 않는 경우에는 “0”으로 합니다.
- ③ 중도부가특약의 보험료 및 책임준비금은 해당 중도부가특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산기준일을 기준으로 계산합니다.
- ④ 해당 중도부가특약의 정산보험료를 납입한 후 다음 회부터 보험료는 주계약의 보험료와 함께 납입해야 합니다. 다만, 중도부가특약의 보험료 납입주기가 일시납인 경우는 제외합니다.
- ⑤ 중도부가특약의 보험료를 납입하던 중 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 해당 중도부가특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 해당 중도부가특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ⑥ 주계약이 연금보험이고 연금지급개시 신청시에 납입주기가 일시납인 특약을 가입하는 경우 계약자는 회사가 정한 방법에 따라 연금계약 적립액에서 정산보험료의 대체납입을 신청할 수 있습니다. 이 경우 회사는 정산보험료의 기타비용을 전액 할인합니다.

제5조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 해당 중도부가특약도 해지합니다. 단, 이 경우에도 주계약에 따른 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 해당 중도부가특약의 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)에는 해당 중도부가특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ③ 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 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)
- ④ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면으로 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 중도부가특약이 해지된 경우에는 해당 중도부가특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조 [계약 전 알릴 의무 위반에 따른 중도부가특약의 해지]

계약자 또는 피보험자가 중도부가특약 가입과 관련하여 계약 전 알릴 의무를 위반한 경우에는 해당 중도부가특약을 해지합니다.

제7조 [보험증권에 기재]

회사가 중도부가특약의 가입을 승낙한 때에는 그 내용을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제8조 [기타사항]

- ① 해당 중도부가특약 약관상 회사가 계약자의 청약에 대한 승낙을 거절할 수 있는 기간, 계약자가 청약을 철회할 수 있는 기간의 기산일은 중도부가일을 기준으로 하여 계산합니다.
- ② 해당 중도부가특약의 “회사의 승낙거절, 계약자의 청약철회, 취소, 무효, 해지, 보험금 삭감, 2년 이내 피보험자가 자살한 경우, 암보장개시일 등 특약의 보장개시일의 효력” 등에 관한 조항의 “계약일” 등은 해당 중도부가특약의 중도부가일을 기준으로 적용합니다.
- ③ 해당 중도부가특약에 대한 “회사의 승낙거절, 계약자의 청약철회, 취소, 무효, 해지” 등에 지급될 이미 납입한 보험료는 제4조(정산보험료의 계산 및 보험료의 납입) 제1항의 정산보험료와 그 이후 납입한 보험료를 합한 금액을 의미합니다. 다만, 중도부가특약의 보험료 납입주기가 일시납인 경우 해당 중도부가특약에 대한 “회사의 승낙거절, 계약자의 청약철회, 취소, 무효, 해지” 등에 지급될 이미 납입한 보험료는 제4조(정산보험료의 계산 및 보험료의 납입) 제2항의 정산보험료를 의미합니다.
- ④ 특약 중도부가 시점에 주계약 체결 당시의 특약이 판매중지 되었을 경우에는 유사한 보장의 특약으로 가입할 수 있습니다.
- ⑤ 매년 주계약의 연단위 계약해당일부터 6개월이 경과한 날의 다음날 이후에 출생한 자는 출생일 직후 최초로 도래하는 연단위 계약해당일부터 이 특약을 통해 중도부가특약에 가입할 수 있습니다.

설명	〈중도부가 가입예시〉 주계약의 계약일이 2015년 4월 1일이고 피보험자의 생년월일이 2016년 12월 1일인 경우, 해당 피보험자는 2017년 4월 1일부터 이 특약을 통해 중도부가특약에 가입할 수 있습니다.

- ⑥ 기타 이 특약에서 정하지 않은 사항은 해당 중도부가특약 약관의 규정을 적용하며, 해당 중도부가특약의 내용과 이 특약의 내용이 다른 경우에는 이 특약이 우선 적용됩니다.

- 아래 법령은 약관에서 인용된 법령으로 고객의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.
단, 가입하신 상품에 따라 인용된 법령이 다를 수 있는 점을 참고하셔서 활용하시기 바랍니다.
- 법령은 2015년 12월 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

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. (생략)
 2. "제1군감염병"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. A형간염
- (이하 생략)

■ 개인정보보호법

제15조(개인정보의 수집·이용)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
4. 정보주체와의 계약의 체결 및 이행을 위하여 불가피하게 필요한 경우
5. 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보의 수집·이용 목적

2. 수집하려는 개인정보의 항목
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

제 17 조(개인정보의 제공)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제 3자에게 제공(공유를 포함한다)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 하나에 해당하는 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 3자에게 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 5 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 15 조 제 1 항 제 1 호, 제 17 조 제 1 항 제 1 호, 제 23 조 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.
- ③ 개인정보처리자는 정보주체에게 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다.
- ④ 개인정보처리자는 정보주체가 제 2 항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제 3 항 및 제 18 조 제 2 항 제 1 호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니된다.
- ⑤ 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.
- ⑥ 제 1 항부터 제 5 항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법 및 제 5 항에 따른 최소한의 정보의 내용에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제 23 조(민감정보의 처리 제한)

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

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 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 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 삭제

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. 법령에서 구체적으로 주민등록번호의 처리를 요구하거나 허용한 경우
2. 정보주체 또는 제 3자의 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 안전행정부장관은 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 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈처 소속 공무원이 신청 대상자의 동의를 받아 등록을 신청할 수 있고, 그 동의를 받은 경우에는 신청 대상자가 등록을 신청한 것으로 본다.

1. 「국가보훈 기본법」 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 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 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.

③ 보건복지부장관은 제 2 항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환, 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여의 대상에서 제외할 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. 의료법에 따라 개설된 의료기관
2. 약사법에 따라 등록된 약국
3. 약사법 제 91 조에 따라 설립된 한국희귀의약품센터
4. 지역보건법에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
5. 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법에 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 2 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]

요양급여비용 중 본인이 부담할 비용의 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	본인부담액
상급종합 병원	모든 지역	일반환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 - 진찰료총액) × 60/100
		의약분업 예외환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 - 약값 총액 - 진찰료 총액) × 60/100 + 약값 총액 × 30/100
종합병원	동 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 50/100
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 50/100 + 약값 총액 × 30/100
	읍·면 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 45/100
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 45/100 + 약값 총액 × 30/100
병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	동 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 40/100
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 40/100 + 약값 총액 × 30/100
	읍·면 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 35/100
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 35/100 + 약값 총액 × 30/100
의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원	모든 지역		요양급여비용 총액 × 30/100(요양급여를 받는 사람이 65 세 이상이면서 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액)
보건소, 보건지소, 보건진료소	모든 지역		요양급여비용 총액 × 30/100(요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액)

[별표 3]

요양급여비용 중 본인이 부담하는 상한액

1. 요양급여비용 중 가입자 또는 피부양자 본인이 부담하는 연간 총액의 상한(이하 "본인부담상한액"이라 한다)은 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」 제3조에 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 금액으로서 보건복지부장관이 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 금액으로서 보건복지부장관이 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 금액으로서 보건복지부장관이 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 금액으로서 보건복지부장관이 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 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100 분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 라) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100 분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100 분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 마) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100 분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100 분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 바) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100 분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100 분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 사) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100 분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

■ 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.

제 9 조(비급여대상)

- ① 법 제 41 조제 3 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 비노생식기 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)

■ 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 제60 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.

■ 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 처리하여야 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·도지사 또는 특별자치도지사에게 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 신용정보회사 등이 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 대출, 보증에 관한 정보 등 대통령령으로 정하는 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 개인으로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 미리 동의를 받아야 한다.

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 4 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 법 제 32 조제 1 항에서 "대출, 보증에 관한 정보 등 대통령령으로 정하는 개인신용정보"란 제 2 조제 2 항의 개인에 관한 신용정보를 말한다. 다만, 신용정보집중기관 또는 신용조회회사에 제공하려는 다음 각 호의 신용정보는 제외한다.

1. 제 2 조제 1 항제 3 호의 신용정보
2. 제 2 조제 1 항제 5 호 각 목(마목 및 사목은 제외한다)에 따른 신용정보. 다만, 같은 호 라목의 경우에는 체납 관련 정보, 자목의 경우에는 신용회복정보만 해당한다.

② 신용정보제공 · 이용자는 법 제 32 조제 1 항에 따라 해당 개인으로부터 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.

(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 "법"이라 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 호라목·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 100분의 50에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2천원 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 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다.

1. 1 종수급권자 : 매 30 일간 5 만원

2. 2 종수급권자 : 매 6 개월간 60 만원

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 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.

5. 간호사는 상병자나 해산부의 요양을 위한 간호 또는 진료 보조 및 대통령령으로 정하는 보건활동을 임무로 한다.

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(「정신보건법」 제 3 조제 3 호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제 58 조제 1 항제 2 호에 따른 의료재활시설로서 제 3 조의 2 의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다.)
 - 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 갖추 것
 4. 질병구별 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. 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 2. 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
 3. 보건복지부장관이 인정하는 외국국의 제 1 호나 제 2 호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제 9 조에 따른 예비시험에 합격한 자
- ② 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.

■ 의료법 시행규칙

제 34 조(의료기관의 시설기준 및 구역)

법 제 36 조제 1 호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표 3 과 같고, 그 시설규격은 별표 4 와 같다.

■ 자본시장과 금융투자업에 관한 법률

제 88 조(자산운용보고서의 교부)

① 집합투자업자는 자산운용보고서를 작성하여 해당 집합투자재산을 보관·관리하는 신탁업자의 확인을 받아 3개월마다 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 부모, 「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 대통령령이 정하는 보호자는 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 해주어야 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 있는 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것

라. 전자서명이 있는 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

4~9. (생략)

10. "공인인증기관"이라 함은 공인인증역을 제공하기 위하여 제 4 조의 규정에 의하여 지정된 자를 말한다.

(이하 생략)

제 4 조(공인인증기관의 지정)

① 미래창조과학부장관은 공인인증업무(이하 "인증업무"라 한다)를 안전하고 신뢰성있게 수행능력이 있다고 인정되는 자를 공인인증기관으로 지정할 수 있다.

② 공인인증기관으로 지정받을 수 있는 자는 국가기관·지방자치단체 또는 법인에 한한다.

③ 공인인증기관으로 지정받고자 하는 자는 대통령령이 정하는 기술능력·재정능력·시설 및 장비 기타 필요한 사항을 갖추어야 한다.

④ 미래창조과학부장관은 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.

⑤ 공인인증기관의 지정절차 기타 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 2개 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

■ 폭력행위 등 처벌에 관한 법률

제 2 조(폭행 등)

① 상습적으로 다음 각 호의 죄를 범한 사람은 다음의 구분에 따라 처벌한다.

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 죄를 범한 사람: 1년 이상의 유기징역
2. 「형법」 제 260 조제 2 항(존속폭행), 제 276 조제 1 항(체포, 감금), 제 283 조제 2 항(존속협박) 또는 제 324 조(강요)의 죄를 범한 사람: 2년 이상의 유기징역
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 죄를 범한 사람: 3년 이상의 유기징역

② 2명 이상이 공동하여 제 1 항 각 호에 규정된 죄를 범하였을 때에는 「형법」 각 해당 조항에서 정한 형의 2분의 1 까지 가중한다.

③ 이 법(「형법」각 해당 조항을 포함한다)을 위반하여 2 회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 제 1 항 각 호에 규정된 죄를 범하여 누범(累犯)으로 처벌할 경우에도 제 1 항과 같다.

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 단체나 다중(多衆)의 위력(威力)으로써 또는 단체나 집단을 가장하여 위력을 보임으로써 제 2 조제 1 항 각 호에 규정된 죄를 범한 사람 또는 흉기나 그 밖의 위험한 물건을 휴대하여 그 죄를 범한 사람은 제 2 조제 1 항 각 호의 예에 따라 처벌한다.

② 삭제

③ 상습적으로 제 1 항의 죄를 범한 사람은 다음 각 호의 구분에 따라 처벌한다.

1. 제 2 조제 1 항제 1 호에 규정된 죄를 범한 사람: 2 년 이상의 유기징역

2. 제 2 조제 1 항제 2 호에 규정된 죄를 범한 사람: 3 년 이상의 유기징역

3. 제 2 조제 1 항제 3 호에 규정된 죄를 범한 사람: 5 년 이상의 유기징역

④ 이 법(「형법」 각 해당 조항을 포함한다)을 위반하여 2 회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 제 1 항의 죄를 범하여 누범으로 처벌할 경우에도 제 3 항과 같다.

■ 형법

제 24 장 살인의 죄

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 받아 그를 살해한 자는 1 년 이상 10 년 이하의 징역에 처한다.

② 사람을 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 25 장 상해와 폭행의 죄

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 유기징역에 처한다.

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 한 때에는 제 257 조 내지 제 259 조의 예에 의한다.

(이하 생략)

제 32 장 강간과 추행의 죄

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.

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 38 장 절도와 강도의 죄

제 333 조(강도)

폭행 또는 협박으로 타인의 재물을 강취하거나 기타 재산상의 이익을 취득하거나 제삼자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3년 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 5년 이상의 징역에 처한다.

② 흉기를 휴대하거나 2인 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 3자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

(이하 생략)