

내맘같이
NH유니버설
종신보험

|무배당_1604

약관 | 판매월 2016.04



CONTENTS

• 보험금 청구방법 및 지급절차		7
• 보험계약 시 꼭 확인해야 할 사항		8
• 주요 민원사례		12
① 가입자 유의사항		13
② 주요내용 요약서		16
③ 보험용어 해설		18
④ 보험약관		
내맘같이NH유니버설중신보험(무배당)_1604 주계약 약관		19
정기특약(무배당) 약관		53
가족수입특약(무배당) 약관		65
재해사망특약(무배당) 약관		77
교통재해사망특약(무배당) 약관		87
재해입원특약(무배당) 약관		99
재해골절특약(무배당) 약관		109
재해장해특약(무배당) 약관		121
재해장해연금특약 I (무배당) 약관		131
고도장해보장특약(무배당) 약관		143
중증치매보장특약(무배당) 약관		153
암직접치료통원특약(무배당) 약관		165
CI보장특약(무배당) 약관		181
장기간병보장특약(무배당) 약관		197
장기간병연금특약(무배당) 약관		211
특정질병수술치료특약(무배당) 약관		225
9대희귀난치질병치료특약(무배당)		237
11대성인병수술특약(무배당) 약관		249

11대성인병입원특약(무배당) 약관	265
행복플러스3대질병진단특약(무배당) 약관	277
행복플러스11대성인병치료특약(무배당) 약관	293
급성심근경색증진단특약(무배당) 약관	307
뇌출혈진단특약(무배당) 약관	319
3대질병납입면제특약(무배당) 약관	331
암진단특약(갱신형, 무배당) 약관	345
수술특약(갱신형, 무배당) 약관	363
첫날부터질병입원특약(갱신형, 무배당) 약관	381
암직접치료특약(갱신형, 무배당) 약관	395
실손의료비특약(갱신형, 무배당) 약관	413
연금전환특약(무배당) 약관	443
양육연금전환특약(무배당) 약관	457
선지급서비스특약 약관	465
사후정리특약 약관	473
지정대리청구서비스특약 약관	481

별첨 ① 고객권리 안내문	487
별첨 ② 고객정보 취급방침	492



보종코드

내맘같이NH유니버설종신보험(무배당)_1604	
1종(기본형) [일시납/월납]	I3018021~22
2종(집중보장형) 60/65/70/75세형[일시납/월납]	I3018023~30
정기특약(무배당)	I9120094
가족수입특약(무배당)	I9100525
재해사망특약(무배당)	I9138016
교통재해사망특약(무배당)	I9130114
재해입원특약(무배당)	I9119086
재해골절특약(무배당)	I9129834
재해장해특약(무배당)	I9130222
재해장해연금특약 I (무배당)	I9139023
고도장해보장특약(무배당)	I9139526
중증치매보장특약(무배당)	I9140507
암직접치료통원특약(무배당)	I9141009
C보장특약(무배당)	I9137110
장기간병보장특약(무배당)	I9116508
장기간병연금특약(무배당)	I9140002
특정질병수술치료특약(무배당)	I9142105
9대희귀난치질병치료특약(무배당)	I9142015
11대성인병수술특약(무배당)	I9141808
11대성인병입원특약(무배당)	I9141908
행복플러스3대질병진단특약(무배당)	I9135421~5
60/65/70/75/80세형	
행복플러스11대성인병치료특약(무배당)	I9133335~9
60/65/70/75/80세형	
급성심근경색증진단특약(무배당)	I9130927
뇌출혈진단특약(무배당)	I9138622
3대질병납입면제특약(무배당)	I9134908
암진단특약(갱신형, 무배당)	I9128580
수술특약(갱신형, 무배당)	I9129732
첫날부터질병입원특약(갱신형, 무배당)	I9121066
암직접치료특약(갱신형, 무배당)	I9129436
실손의료비특약(갱신형, 무배당)	I9190101~8
연금전환특약(무배당)	I9500036
양육연금전환특약(무배당)	I9137610



보험금 청구방법 및 지급절차

1. 지급절차



2. 접수처

구분	접수처
방 문	전국 농축협 지정, NH농협은행 지정, NH농협생명 지정
우 편	서울시 서대문구 경기대로 47 진양빌딩 6층 지급심사정보입력팀 (우 03752)
팩 스	사고보험금 02)6971-6040 분할보험금 02)6971-6060
홈페이지	http://www.nhlife.co.kr > 고객센터 > 보험가이드 > 사고보험금 청구

※ 문의 : NH농협생명 콜센터 1544 - 4000

3. 청구서류

- 사고내용, 특성, 상품(보장내역)에 따라 추가 심사서류를 요청할 수 있습니다.
- 진단서, 통원확인서, 처방전, 진료확인서, 소견서, 수술확인서, 진료차트 등에는 진단명이 기재되어 있어야 합니다.

공통(필수) 서류	기타 서류
<ul style="list-style-type: none"> • 보험금 청구서(당사양식) • 청구인(수익자) 신분증(주민등록증, 운전면허증, 여권 등), 내방인 신분증(대리 청구 시) • 청구인(수익자) 통장사본(단, 수익자통장에서 자동이체되는 경우 제외) • 가족관계 확인 필요 시 : 가족관계증명서, 주민등록등본 등 	<ul style="list-style-type: none"> • 암진단 시 : 암진단 확인이 가능한 검사결과지, 진단서 등 • 재해사망 시 : 사망진단서(사체검안서), 재해입증서류*, 사망사실이 확인된 기본증명서 등 청구서 (당사양식) • 장애진단 시 : 약관에 의거한 장애진단서 <p>* 재해입증서류 : 교통사고사실확인원, 119 응급구조일지 등</p>



보험계약 시 꼭 확인해야 할 사항

- 계약 체결 시 유의할 사항을 표준약관 기준으로 설명하였습니다.
- 가입하신 상품의 약관과 다소 다를 수 있으므로, 자세한 사항은 해당 상품의 약관본문을 확인하시기 바랍니다.

표준약관이란?

금융감독원에서 개별보험약관에 공통적으로 기재되어야 할 사항을 미리 표준화하여 정해 놓은 것으로, 표준약관과 다르게 개별보험약관을 작성하고자 하는 경우에는 금융감독원에 미리 신고하여 심사를 받아야 합니다.

1. 청약서의 계약 전 알릴 의무 사항에 대하여는 반드시 사실대로 기재하고 자필서명을 하여야 합니다.

표준약관 제14조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.



해설

- 》 계약자 또는 피보험자는 청약할 때 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.
- 》 중요한 사항이라 함은 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.

2. 계약자는 보험계약의 청약을 철회할 수 있습니다.

표준약관 제17조 (청약의 철회)

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날 부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험 기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.



해설

- 》 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내 청약을 철회할 수 있으며, 계약자가 철회한 때에는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.

3. 가입하신 상품의 보장개시일을 확인하시기 바랍니다.



표준약관 제23조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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



- 》 회사가 제1회 보험료를 받은 후 보험계약이 승낙되기 전이라도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다.
- 》 다만, 암진단특약 등 일부 특약은 계약일 이후 일정기간이 경과된 이후에 보장이 개시되니 반드시 해당 약관의 보장개시일 관련 조항을 확인하시기 바랍니다.

[암진단특약의 암보장개시일 규정 예시]

암보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

- 예시** 2015년 1월 1일에 최초 계약의 제1회 보험료를 납입한 경우
- 암보장개시일 : 2015년 4월 1일
(2015년 1월 1일 + 90일 = 2015년 4월 1일)

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



표준약관 제27조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 제26조(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 평균공시이율+1% 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만, 금리연동형보험은 각 보험상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(계약전 알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항 및 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.



- 》 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 이 경우 회사는 피보험자의 건강상태, 직업, 운전 등에 따라 승낙여부를 결정할 수 있으며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

5. 보험계약대출을 받으신 경우 연금상품은 연금이 개시되기 전까지 대출상환이 완료되어야 안정적인 연금 수령이 가능합니다.



표준약관 제33조 (보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 '보험계약대출'이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.



- › 보험계약대출이 존재하면 연금을 주기적(매월, 매년 등)으로 수령할 경우 해지환급금 등의 감소로 인해 연금지급이 제한될 수 있습니다.
- › 따라서 연금이 개시되기 전에 보험계약대출금 상환을 통해 장래 발생하는 연금을 안정적으로 지급 받으실 수 있습니다.

6. 고객님의 요청으로 계약을 해지하신 경우 단순변심에 의한 해지 취소가 불가합니다.



표준약관 제29조 (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 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제19조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.



- › 계약 해지를 요청하시어 정상적으로 계약이 해지된 경우, 고객님의 단순 변심에 의한 해지 취소는 불가합니다.
- › 계약 해지 시에는 보장이 종료되고, 납입하신 보험료보다 환급금이 적어 손실이 발생할 수 있으므로 신중한 판단이 필요합니다.

7. 금리연동형 상품의 경우 가입설계서상 예시된 해지환급금(또는 만기보험금)은 공시이율 변동에 따라 변동될 수 있습니다.



표준약관 제32조 (해지환급금)

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



해설

》 금리연동형 상품은 공시이율 등 해당 상품에 적용되는 이율변동에 따라 이자발생 금액이 변동되므로 가입당시 예시된 금액과 차이가 발생할 수 있습니다.





주요 민원사례

1. 해지환급금 관련 사례



내용

- 목돈을 마련코자 금융상품을 알아보던 A고객은 보험모집인 B씨로부터 보험가입을 권유받음
- 보험모집인 B씨는 A고객에게 매월 00만원씩 납입하면, 만기 시 원금뿐만 아니라 은행수익률보다 훨씬 높은 이자를 수령할 수 있다고 설명함
- A고객은 보험모집인 B씨의 설명만 듣고, 서류검토 없이 청약서에 서명함
- 5년이 경과된 시점에서 계약해지 시 수령 가능한 금액을 확인하던 중, 최초 안내받았던 내용과 달리 원금손실이 발생한다는 것을 알고 민원을 제기함



주의사항

- ▶ 보험계약은 은행의 예·적금과 달리 납입한 보험료 중 일부는 다른 계약자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사의 운영에 필요한 경비로 사용되어 해지환급금이 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.

2. 계약 전 알릴 의무 위반 사례



내용

- 55세 여자인 C고객은 건강이 걱정되어 보험모집인 D씨에게 보험가입에 대해 문의함
- 보험모집인 D씨에게 **보험을 권유받았고, 이에 3~4개월 전 혈압검사 등으로 3일정도 입원한 사실을 보험모집인에게 말하고 가입을 완료함
- 얼마 후 고혈압으로 인하여 병원에 입원하게 되어 퇴원 후 보험금을 청구하였으나, 계약전 알릴의무 위반이라며 보험계약을 강제해지 당함
- C고객은 가입당시 보험모집인 D씨에게 과거병력을 알렸으나, 문제될 것이 없다고 하여 청약서에 작성하지 않았으며 민원을 제기함



주의사항

- ▶ 보험계약 청약서에 자신의 병력을 기재하지 않고 보험설계사 등에게 구두로 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 청약서에 반드시 서면으로 기재해주셔야 합니다.
- ▶ 보험은 일반 임상의학과는 다르게 장기적인 관점에서 발생위험을 평가하므로, 경미한 이상이라고 하더라도 가입여부에 영향을 미칠 수 있어 만약 실수, 공의 등으로 누락할 경우 보험계약은 강제로 해지될 수 있습니다.

가입자 유의사항

◆ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

● 보험계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 **답변에 특히 신중하여야 합니다.**
- 계약 전 알릴 의무 위반으로 계약이 해지되었을 때에는 해지환급금을 드립니다.

[주계약]

보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 이후에는 보험료를 자유롭게 납입할 수 있습니다. 그러나 보험료를 납입하지 않는 경우에는 보험금이나 해지환급금이 줄어들 수 있으며, 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액으로 특약의 해지환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당할 수 없을 경우 계약이 해지될 수 있음을 유의하시기 바랍니다.

※ 월대체보험료는 본문 설명을 통해 반드시 내용을 이해하시기 바랍니다.

[수술특약(갱신형, 무배당), 첫날부터질병입원특약(갱신형, 무배당), 암진단특약(갱신형, 무배당), 암직접치료특약(갱신형, 무배당)]

갱신형 특약의 보험기간은 3년 만기로, 최초 가입후 3년 마다 갱신(다만, 최종 갱신계약은 1년 또는 2년 가능)을 통해 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날인 100세 계약해당일의 전일(단, 수술특약(갱신형, 무배당) 및 암직접치료특약(갱신형, 무배당)은 80세 계약해당일의 전일)까지 보장받을 수 있습니다. 갱신특약의 보험료는 갱신시마다 보험나이 증가, 적용기초율(적용이율, 적용위험률, 계약체결비용 및 계약관리비용) 등의 변동에 따라 갱신시 보험료가 변동(특히, 인상) 될 수 있습니다.

[암직접치료통원특약(무배당), 행복플러스3대질병진단특약(무배당), 3대질병납입면제특약(무배당), 암진단특약(갱신형, 무배당), 암직접치료특약(갱신형, 무배당)]

- 부활(효력회복)계약의 양보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

[실손의료비특약(갱신형, 무배당) 관련 갱신 및 재가입]

- 이 특약의 보험료는 갱신시마다 보험나이 증가, 적용기초율(적용이율, 적용위험률, 계약체결비용 및 계약관리비용) 및 의료수가 등의 변동에 따라 갱신시 보험료가 변동(특히, 인상)될 수 있습니다.
- 보험계약자가 이 특약의 보험기간 이 끝나는 날의 15일전까지 갱신하지 않겠다는 의사표시를 하지 않으면 갱신되며, 최종 갱신계약의 보험기간 이 끝나는 날은 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- 이 특약의 보장내용 변경주기란 보장내용이 변경되는 주기를 말하며 15년으로 합니다. 다만, 재가입시 피보험자의 100세 계약해당일의 전일까지의 남은 기간이 15년 미만일 경우 그 남은 기간을 보장내용 변경주기로 합니다.
- 회사는 최초계약 체결시 보험계약자에게 보장내용 변경주기 이후 재가입시 인수조건(재가입가능 최고연령 등)을 설명해야 하며, 이 계약의 재가입 시점에 관련 법령, 금융위원회의 명령, 표준약관 등에 따라 보장내용이 변경될 수 있음을 설명하여 드립니다.
- 계약자가 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료보험 상품으로 가입을 할 수 있으며, 회사는 이를 거절할 수 없습니다.

[연금전환특약(무배당)]

- 연금전환특약(무배당)은 전환전계약 가입시 이 특약의 사업방법서, 약관 및 보험료율을 적용합니다. 단, 피보험자의 나이는 전환시점을 기준으로 적용합니다.
- 이 특약은 금리연동형보험으로 계약자적립금에 적용되는 이율(공시이율)이 바뀌는 경우 지급받는 해지환급금 또는 연금액도 달라질 수 있습니다.
- 종신연금(개인연금형/부부연금형) 및 조기집중연금(개인연금형)은 연금지급이 개시된 이후에는 해지가 불가하므로 해지환급금이 발생하지 않습니다.
- 종신연금(개인연금형/부부연금형) 및 조기집중연금(개인연금형)의 경우 보증지급기간 안에 지급 해당되는 연금액 또는 확정기간연금(개인연금형)의 경우 연금지급기간 내에 지급 해당하는 연금액은 공시이율로 할인하여 선지급할 수 있습니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

보험계약을 **중도 해지할 때 해지환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.** 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 계약체결비용 및 계약관리비용을 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 계약자적립금에서 이미 지출한 계약체결비용 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

◆ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

[주계약]

- 종신보험은 사망보험금을 중심으로 각종 특약을 통해 보장을 설계할 수 있는 상품으로 저축이나 연금상품이 아닙니다.
- 사망보험금은 기본보험금, ‘직전 월계약해당일의 계약자적립금의 105%’ 및 이미 납입한 보험료 중 큰 금액을 말합니다.
※ 기본보험금은 본문 설명을 통해 반드시 내용을 이해하시기 바랍니다.

[재해사망특약(무배당), 재해입원특약(무배당), 재해골절특약(무배당), 재해장해특약(무배당), 재해장해연금특약 I (무배당), 수술특약(갱신형, 무배당)]

- 재해라 함은 우발적인 외래의 사고로써 약관상의 재해분류표에 따른 사고를 말합니다. 질병이나 체질적인 요인이 있는 자로써 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 재해관련 보험금이 지급되지 않습니다.

[암진단특약(갱신형, 무배당), 암직접치료특약(갱신형, 무배당), 행복플러스3대질병진단특약(무배당)]

- 보험계약일(부활(효력회복)을 청약한 날)부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 암으로 진단 확정 받은 경우에는 암관련 보험금을 지급하지 않습니다. 또한 90일이 지난 이후에도 암진단일이 최초계약의 보험계약일로부터 일정기간(예: 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다. 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양의 진단 확정은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사(암, 기타피부암, 갑상선암의 경우만 해당)에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

[암직접치료통원특약(무배당)]

- 보험계약일(부활(효력회복)을 청약한 날)부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 암으로 진단 확정 받은 경우에는 암관련 보험금을 지급하지 않습니다. 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양의 진단 확정은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사(암, 기타피부암, 갑상선암의 경우만 해당)에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

[3대질병납입면제특약(무배당)]

- 보험계약일(부활(효력회복)을 청약한 날)부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 암으로 진단 확정 받은 경우에는 보험료 납입면제가 되지 않습니다. 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양의 진단 확정은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사(암, 기타피부암, 갑상선암의 경우만 해당)에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

[중증치매보장특약(무배당)]

- 보험계약일(부활(효력회복)을 청약한 날)부터 그 날을 포함하여 2년 이내에 약관에서 정한 중증치매상태로 진단 확정 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.(다만, 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 중증치매상태가 발생한 경우는 보장)

[중증치매보장특약(무배당), 급성심근경색증진단특약(무배당), 뇌출혈진단특약(무배당), 암직접치료통원특약(무배당), 이보장특약(무배당), 특정질병수술치료특약(무배당), 9대희귀난치질병치료특약(무배당), 11대성인병입원특약(무배당), 11대성인병수술특약(무배당), 행복플러스3대질병진단특약(무배당), 행복플러스11대성인병치료특약(무배당), 암진단특약(갱신형, 무배당), 암직접치료특약(갱신형, 무배당)]

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

[특정질병수술치료특약(무배당), 9대희귀난치질병치료특약(무배당), 11대성인병수술특약(무배당), 행복플러스11대성인병치료특약(무배당), 수술특약(갱신형, 무배당), 암직접치료특약(갱신형, 무배당)]

- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예 : 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.

[재해입원특약(무배당), 9대희귀난치질병치료특약(무배당), 11대성인병입원특약(무배당), 행복플러스11대성인병치료특약(무배당), 첫날부터질병입원특약(갱신형, 무배당)]

- 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

[장기요양보장특약(무배당), 장기요양연금특약(무배당)]

● 장기요양상태

이 특약에서 ‘장기요양상태’라 함은 「만65세 이상 노인」 또는 「노인성 질병을 가진 만65세 미만의 자」로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요하다고 판단되어 노인장기요양보험법에 따라 등급판정위원회에서 장기요양 1등급 또는 2등급으로 판정받은 경우를 말합니다. 다만, 노인성 질병이라 함은 치매, 뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 질병을 말합니다.

● 장기요양상태 보장개시일

- ‘장기요양상태 보장개시일’은 이 특약의 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다. 다만, 재해를 직접적인 원인으로 ‘장기요양상태’가 발생한 경우 이 특약의 계약일 또는 부활(효력회복)일을 ‘장기요양상태 보장개시일’로 합니다.
- ‘장기요양상태 보장개시일’ 이전에 ‘장기요양상태’로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

[실손의료비특약(갱신형, 무배당)]

- 이 특약은 발생 의료비 중 급여의 본인부담금과 비급여에 대해 일정비율을 보장해주는 보험이며, 약관상 보장 제외 항목에서 발생한 의료비는 보장되지 않습니다. 자세한 사항은 본문의 내용을 참고하시기 바랍니다.
- 실제 발생한 의료비를 보상하는 보험을 2개 이상 가입하더라도 실제 발생한 비용만을 보상받게 되므로, 유사한 보험 가입여부 및 보상한도를 반드시 확인하시기 바랍니다. 자세한 사항은 동 특약의 약관 「다수보험의 처리」 조항을 참고하시기 바랍니다.

☞ 상품설명서 본문에서 보장하지 않는 사례를 반드시 확인하시기 바랍니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 **자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수도** 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 계약 전 알릴 의무

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

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

3. 계약의 무효

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 **무효**로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료(계약자적립금의 인출이 있을 경우에는 이를 차감하며 특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 돌려 드립니다.

- ① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 **피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우**
- ② **만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자**를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
- ③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 **피보험자의 나이에 미달되었거나 초과** 되었을 경우

[암직접치료통원특약(무배당), 암진단특약(갱신형, 무배당), 암직접치료특약(갱신형, 무배당)]

- 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

[중증치매보장특약(무배당)]

- 피보험자가 보험계약일부터 중증치매보장개시일의 전일 이전에 중증치매로 진단이 확정되어 있는 경우 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

4. 청약철회

계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 청약을 한 날부터 30일을 초과하는 경우에는 청약을 철회할 수 없습니다. 또한, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

5. 계약취소

계약자가 청약할 때 **약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나, 약관의 중요한 내용을 설명 받지 못한 경우** 또는 **청약서에 자필서명(전자서명포함)을 하지 않은 때에는** 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

6. 계약의 소멸

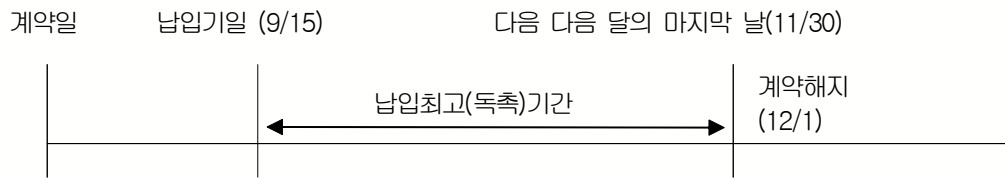
이 계약은 피보험자의 **사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우**, 그 때부터 효력이 없습니다.

7. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 경우(유니버설 상품에서 월대체보험료를 충당할 수 없게 된 경우 포함)에는 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)으로 정하여 보험료의 납입을 최고(독촉)합니다. 그 때까지 해당보험료를 납입하지 않을 경우 계약이 해지됩니다. 이는 약관에 정한 범위 내에서 변경될 수 있습니다.

※ 당사의 납입최고(독촉)기간은 아래의 예시와 같이 납입기일 다음 날부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음 달의 마지막 날까지로 합니다.

(예시)



(제2회 이후 보험료를 연체한 경우

또는 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 이후 월대체보험료를 충당할 수 없는 경우)

8. 해지 계약의 부활(효력회복)

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

보험용어 해설

1. 약관

생명보험 계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

2. 보험증권

계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서

3. 계약자

회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람

4. 피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

5. 보험수익자

보험사고 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

6. 보험료

계약에 따른 보장을 받기 위하여 계약자가 회사에 납입하는 금액

7. 보험금

피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

8. 보험기간

계약에 따라 보장을 받는 기간

9. 보장개시일

회사가 보장을 개시하는 날

10. 보험가입금액

보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고 계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨

11. 책임준비금

장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

12. 해지환급금

계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액

내맘같이
NH유니버설
종신보험

|무배당_1604

주계약 약관



목 차

제 1관 목적 및 용어의 정의	23
제1조 목적	23
제2조 용어의 정의	23
제 2관 보험금의 지급	25
제3조 보험금의 지급사유	25
제4조 보험금 지급에 관한 세부규정	25
제5조 보험금을 지급하지 않는 사유	26
제6조 보험금 지급사유의 발생통지	27
제7조 보험금의 청구	27
제8조 보험금의 지급절차	27
제9조 보험금 받는 방법의 변경	27
제10조 주소변경통지	28
제11조 보험수익자의 지정	28
제12조 대표자의 지정	28
제 3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	28
제13조 계약 전 알릴 의무	28
제14조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과	28
제15조 사기에 의한 계약	29
제 4관 보험계약의 성립과 유지	29
제16조 보험계약의 성립	29
제17조 청약의 철회	30
제18조 약관교부 및 설명의무 등	30
제19조 계약의 무효	31
제20조 계약내용의 변경 등	31
제21조 보험나이 등	32
제22조 계약의 소멸	32
제23조 연금보험으로의 전환	33

제 5관 보험료의 납입	33
제24조 제1회 보험료 및 회사의 보장개시	33
제25조 제2회 이후 보험료의 납입	33
제26조 보험료의 자동대출납입	34
제27조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지	34
제28조 보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)	34
제29조 강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)	35
제 6관 계약의 해지 및 해지환급금 등	35
제30조 계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권	35
제31조 중대사유로 인한 해지	36
제32조 회사의 파산선고와 해지	36
제33조 공시이율의 적용 및 공시	36
제34조 해지환급금	36
제35조 보험계약대출	36
제36조 계약자적립금의 인출	36
제37조 배당금의 지급	37
제 7관 분쟁의 조정 등	37
제38조 분쟁의 조정	37
제39조 관할법원	37
제40조 소멸시효	37
제41조 약관의 해석	37
제42조 회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력	37
제43조 회사의 손해배상책임	37
제44조 개인정보보호	38
제45조 준거법	38
제46조 예금보험에 의한 지급보장	38
별표 ① 보험금 지급기준표	39
별표 ② 재해분류표	40
별표 ③ 장해분류표	41
별표 ④ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	52

내맘같이NH유니버설종신보험(무배당)_1604 주계약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 진단계약 : 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
- 마. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표 2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애 : [별표 3] 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 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.
※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 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. 단, 2종(집중보장형)의 보험기간은 제1보험기간 및 제2보험기간으로 다음과 같이 나누어져 있습니다.
 - 제1보험기간 : 계약일부터 피보험자의 보험나이를 기준으로 선택한 세형의 해당나이 계약해당일 전일까지
 - 제2보험기간 : 선택한 세형의 해당나이 계약해당일부터 종신까지
- 나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
- 다. 월계약해당일 : 계약일부터 1개월마다 돌아오는 매월의 계약해당일을 말합니다. 다만, 해당월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

5. 보험료 및 적립금 관련 용어

- 가. 기본보험료 : 계약을 체결할 때 일시납 계약의 일시납 보험료 또는 월납 계약의 매월 계속 납입하기로 한 월납보험료로서, '보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)'에서 정한 방법에 따라 계산된 보험료를 말합니다.
- 나. 추가납입보험료 : 기본보험료 이외에 보험계약 성립 후부터 보험기간 중에 수시로 납입하는 보험료를 말하며, 다음과 같습니다.
 - (1) 보험기간 중 납입하기로 정한 기본보험료 총액(이하 '기본보험료 총액'이라 한다)을 초과하여 납입하는 보험료를 말합니다.

- (2) 월납 계약에서 보험료 납입경과기간 2년(24회) 이내에 보험료 납입한도 내에서 계약자의 선택에 따라 납입하는 보험료를 말합니다.
 - (3) 계약자적립금의 인출로 「기본보험금」의 감소가 있을 경우 「기본보험금」 감소분 이내에서 계약자의 선택에 따라 납입하는 보험료를 말합니다.
- 다. 보험료 납입한도 : 기본보험료와 추가납입보험료를 합하여 보험기간 중 납입할 수 있는 보험료의 납입한도는 계약을 체결할 때 설정한 보험료 납입기간(이하 '납입기간'이라 합니다) 동안 납입하기로 약정한 기본보험료 총액의 200%로 하며, 연간 납입한도는 다음과 같습니다. 다만, 특약이 부가된 경우 특약보험료는 보험료 납입한도에서 제외합니다.
- 일시납 : 일시납 기본보험료 × 10%
(다만, 초년도는 일시납 기본보험료 × 110%(기본보험료 포함))
 - 월납 : 월납 기본보험료 × 12 × 200%
 - 단, 계약자적립금의 인출이 있을 경우에는 인출금액의 누계만큼 추가로 보험료를 납입할 수 있습니다.
- 라. 월대체보험료
- 일시납 : 해당월의 위험보험료, 납입후 계약관리비용(유지관련비용)의 합계액을 말하며, 월계약해당일에 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액으로 특약의 해지환급금은 제외된 금액)에서 공제합니다. 단, 계약체결비용, 계약관리비용(기타비용)은 기본보험료 납입시 공제합니다.
 - 월납
 - 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입)이내
해당월의 위험보험료, 계약체결비용 및 계약관리비용과 특약이 부가된 경우 특약보험료의 합계액을 말하며, 해당월 기본보험료를 납입할 때 계약자적립금에서 공제합니다. 다만, 해당 월계약해당일 이전에 납입할 때에는 해당 월계약 해당일에 공제합니다.
 - 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입)경과 후
해당월의 위험보험료, 계약체결비용 및 계약관리비용(유지관련비용)과 특약이 부가된 경우 특약보험료(계약관리비용(기타비용)제외)의 합계액을 말합니다. 월대체보험료는 월계약해당일에 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액으로 특약의 해지환급금은 제외된 금액)에서 공제합니다. 다만, 계약관리비용(기타비용)은 기본보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함) 납입할 때에 공제합니다.

월납계약 월대체보험료 공제 예시

<p>예1) 계약일 : 4월 15일, 보험료 납입일 : 매월 20일 ⇒ 2년 이내 매월 20일 2년 이후 매월 15일 월대체보험료 공제</p>	<p>예2) 계약일 : 4월 15일, 보험료 납입일 : 매월 10일 ⇒ 기간 상관없이 매월 15일 월대체보험료 공제</p>
---	--

- 마. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 기본보험료 및 추가납입보험료의 합계(단, 특약보험료는 제외)를 말하며, 중도인출금이 있을 경우에는 기본보험료 및 추가납입보험료(단, 특약보험료는 제외)의 합계에서 중도인출금의 합계를 차감한 금액을 말합니다. 다만, 계약자가 보험가입금액을 감액할 경우 '이미 납입한 보험료'는 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항에 따라 계산된 보험료와 해당 감액 이후 납입된 보험료의 합계를 말합니다.
- 바. 적용최저적립금 : 납입보험료에서 월대체보험료 및 중도인출금 등을 공제한 금액을 이 계약의 '적용이율(2.9%)'로 일자계산에 의하여 적립한 금액을 말하며, 세부적인 내용은 산출방법서에서 정한 방법에 따릅니다.
- 사. 계약자적립금 : 납입보험료에서 월대체보험료 및 중도인출금 등을 공제한 금액을 이 계약의 '공시이율'로 일자계산에 의하여 적립한 금액과 적용최저적립금 중 큰 금액을 말하며, 세부적인 내용은 산출방법서에서 정한 방법에 따릅니다.
- 아. 기본보험금
 - (1) 1종(기본형) : 계약을 체결한 시점에서 계약자가 선택한 보험가입금액을 말합니다. 단, 계약자적립금의 인출(이하 '중도인출'이라 합니다) 할 때에는 인출 전 기본보험금에서 중도인출금액을 차감하며, 납입보험료 총액이 기본보험료가 매월 정상적으로 납입된 것으로 가정한 금액보다 큰 경우에는 초과납입액 만큼 더합니다.
 - (2) 2종(집중보장형) : 제1보험기간의 경우 계약을 체결한 시점에서 계약자가 선택한 보험가입금액으로 하며, 제2보험기간에는 보험가입금액의 50%로 합니다. 단, 중도인출 할 때에는 인출 전 기본보험금에서 중도인출금액을 차감하며, 납입보험료 총액이 기본보험료가 매월 정상적으로 납입된 것으로 가정한 금액보다 큰 경우에는 초과납입액 만큼 더합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 보험기간(종신) 중 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 사망보험금([별표1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제4조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 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 사망연월일을 기준으로 합니다.

[약관용어 설명]

- **실종선고** : 어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

민법 제27조(실종의 선고)

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

- 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 차회 이후의 기본보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연, 제25조(제2회 이후 보험료의 납입) 제1항에 따른 보험료 납입 일시중지 또는 계약자적립금의 인출 등이 있는 경우에는 제27조[보험료의 납입이 면제되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따라 계약이 해지될 수 있습니다.
- ③ 제2항의 경우 차회 이후의 기본보험료가 월계약해당일에 납입된 것으로 하여 계약자적립금을 계산합니다.
- ④ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정된 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(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑥ 제2항에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표([별표3] 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제2항에서 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.
- ⑧ 제2항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두가지 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 두 가지 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 제2항 및 제8항에서 ‘동일한 재해’의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑪ 장해분류표([별표3] 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 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 제2항의 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- 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 이 약관 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑮ 이 약관 제28조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 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.

의료법 제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 ‘의료기관’이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 ‘의료업’이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 - 1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 - 2. 조산원 : 조산사가 조산과 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」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.
<향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제5조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 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
특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정하는 사망보험금을 지급합니다.
 - 나. 계약의 보장개시일[부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일]부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정하는 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

제6조 【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제7조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 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 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 4] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 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) 제16항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 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.

【 약관용어 설명 】

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

제9조 【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조 【주소변경통지】

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

제11조 【보험수익자의 지정】

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

제12조 【대표자의 지정】

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

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조 【계약 전 알릴 의무】

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

[약관용어 설명]

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반했을 때에는 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

상법 제651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

<향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제14조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 ‘반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다’라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
 - ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
 - ④ 제13조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
 - ⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

계약 전 알릴 의무 위반 사례

계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 계약전 알릴사항에 아무런 기재도 하지 아니 할 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 회사는 계약전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금은 지급하지 않을 수 있습니다.

제15조 【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

제16조 【보험계약의 성립】

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 계약자는 계약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 1종(기본형)
 2. 2종(집중보장형) : 60세형, 65세형, 70세형, 75세형
- ③ 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ④ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ⑤ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제17조 【청약의 철회】

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 청약을 한 날부터 30일을 초과하는 경우에는 청약을 철회할 수 없습니다. 또한, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

[약관용어 설명]

- **전문보험계약자** : 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 보험업법 제2조(정의), 보험업법시행령 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 보험업감독규정 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자 등의 전문보험계약자를 말합니다.

- ② 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.
- ③ 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 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ④ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제18조 【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 내려 받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 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.
- ② 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 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 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

[약관용어 설명]

- **전자서명법** : 디지털적인 수단으로 전자문서에 서명한 것을 도장을 찍은 종이 등 기존 서류에 대해 한 서명이나 사용인감과 똑같은 법적 효력을 갖도록 규정한 법률
- **통신판매계약** : 전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

전자서명법 제2조(정의)

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

<향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제19조 【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 15세 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 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【약관용어 설명】

- 무효 : 당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것
- 심신상실자 : 의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람
- 심신박약자 : 마음이나 정신의 장애로 인해 사물변별능력 또는 의사결정 능력이 없거나 부족한 사람

제20조 【계약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험가입금액의 감액
 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.
- ③ 회사는 계약자가 제1항 제1호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 추가납입보험료도 같은 비율로 감액되며, 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 보험가입금액을 감액하는 경우에는 같은 비율로 '이미 납입한 보험료'도 감액됩니다.

[약관용어 설명]

● 감액직후 '이미 납입한 보험료'

$$= \text{감액직전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액직후의 보험가입금액}}{\text{감액직전의 보험가입금액}}$$

- ⑤ 이 계약의 사업방법서에서 정한 고액계약에 해당하는 보험료 할인을 받는 중에 계약의 변경, 일부 해지 등의 이유로 제1항 제1호에 따라 보험가입금액의 감액이 있는 경우에는 변경된 시점부터 변경된 보험가입금액을 기준으로 사업방법서에서 정한 고액계약 할인을 적용합니다.
- ⑥ 계약자가 제1항 제1호에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 해지환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ⑦ 계약자가 제2항에 따른 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑧ 이 보험은 보험기간 변경이 불가능합니다. 다만, 이 보험에 부가되는 특약(보험기간이 단일인 상품 제외)은 보험기간 단축에 한하여 변경할 수 있습니다.
- ⑨ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[약관용어 설명]

- **해지** : 현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래에 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것

제21조 【보험나이 등】

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제19조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

[약관용어 설명]

- **보험나이** : 계약자 또는 피보험자의 출생일부터 보험계약일까지의 기간을 따진 나이로 보험료 산정의 기준이 됨

보험나이 계산 예시

생년월일 : 1988년 10월 2일

예1) 2014년 4월 13일에 가입할 경우

2014년 4월 13일

- 1988년 10월 2일

만 25년 6개월 11일

⇒ 보험나이 26세

예2) 2014년 11월 13일에 가입할 경우

2014년 11월 13일

- 1988년 10월 2일

만 26년 1개월 11일

⇒ 보험나이 26세

제22조 【계약의 소멸】

피보험자가 보험기간 중 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없을 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.

제23조 【연금보험으로의 전환】

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 차회 이후의 보험료 납입을 중단하고 회사가 정하는 방법에 따라 이 계약을 연금보험으로 전환할 수 있습니다.
- ② 연금보험의 피보험자는 전환전 주계약의 피보험자에 한하며, 전환신청 당시 피보험자의 나이가 만 15세 이상 80세 이하인 경우 전환할 수 있습니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약일부터 10년 이내에는 연금보험으로 전환할 수 없습니다.
- ④ 전환 후 연금개시나이는 45세 이상 80세 이하에서 선택 가능합니다.
- ⑤ 전환 후 계약의 보험료는 전환일 현재 피보험자의 나이에 의해 계산합니다.
- ⑥ 전환 후 계약은 주계약 가입 시점의 약관 및 보험료율을 적용합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제24조 【제1회 보험료 및 회사의 보장개시】

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

[약관용어 설명]

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제14조(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.

제25조 【제2회 이후 보험료의 납입】

- ① 계약자는 제2회 이후의 보험료를 계약의 성립 후부터 회사가 정한 방법 및 보험료 납입한도 내에서 보험기간 중 자유롭게 납입할 수 있습니다. 단, 월납의 경우 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입)까지는 기본보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 납입기일까지 납입하여야 합니다. 또한, 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 이후부터는 해지환급금(단, 보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액으로 특약의 해지환급금은 제외된 금액)에서 해당월의 월대체보험료를 충당할 수 있는 경우에 한하여 보험료의 납입을 일시적으로 중지할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **납입기일** : 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

- ② 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를

납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제26조 【보험료의 자동대출납입】

이 계약은 보험료의 자동대출납입을 적용하지 않습니다.

제27조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】

- ① 월납의 경우 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입)까지는 계약자가 제2회 이후의 기본보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 이후에는 해지환급금(단, 보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액으로 특약의 해지환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 총당할 수 없게 된 경우 회사는 그 월계약해당일의 다음 날부터 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 단, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그다음 날까지로 합니다.
- ② 일시납의 경우 계약자적립금의 인출 등으로 인하여 해지환급금(단, 보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액으로 특약의 해지환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 총당할 수 없게 된 경우 회사는 그 월계약해당일의 다음날부터 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고(독촉)기간의 마지막날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그다음 날까지로 합니다]으로 정합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 이후에 해지환급금(단, 보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액으로 특약의 해지환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 총당하지 못하는 계약 중 다음 각 호를 모두 충족하는 경우에 한하여 제1항에 따른 납입최고(독촉)를 하지 않습니다.
 1. 해당월까지 납입하기로 한 기본보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함) 누계액 이상을 납입한 경우
 2. 보험계약대출의 원금과 이자의 잔액이 없는 경우
 3. 계약자적립금의 인출을 하지 않은 경우
 4. 계약자적립금에서 월대체보험료 총당이 가능한 경우
- ④ 제1항에서 제3항의 경우 회사는 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 연체된 기본보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함) 또는 추가납입보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 기본보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함) 또는 추가납입보험료를 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)
- ⑤ 회사가 제1항에서 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 제1항에서 제4항에 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ⑥ 제1항에서 제5항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

[약관용어 설명]

- **납입최고(독촉)** : 약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우 회사가 계약자에게 보험료 납입을 재촉하는 일

제28조 【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

- ① 월납의 경우 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 보험료 납입기간 이내에 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 승낙할 때에 계약자는 다음에 정한 연체보험료와 연체이자를 납입하여야 합니다. 이 경우 회사는 부활(효력회복) 청약일까지 총당되지 못한 월대체보험료를 공제합니다.

1. 연체보험료

- 가. 보험료 납입의무기간 이내에 해지된 경우 : 부활(효력회복) 청약일까지 미납된 기본보험료(특약이 부가된 경우 특약 보험료 포함)
- 나. 보험료 납입의무기간이 지난 후 해지된 경우 : 부활(효력회복) 청약일까지 총당되지 못한 월대체보험료 횟수 × 기본 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함) 해당액

2. 연체이자

연체보험료를 부활(효력회복)을 청약한 날까지 이 계약의 공시이율로 계산한 이자 (다만, 공시이율이 연체기간 중 변경 될 때에는 월 가중평균이율로 계산합니다)

- ② 부활(효력회복)할 때의 보험금액은 해지된 시점의 기본보험금액 기준으로 하며, 이후 보험금액은 제2조(용어의 정의) 제5호를 적용합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 보험료 납입한도에 따른 부활(효력회복)할 때 납입 가능한 보험료가 연체보험료보다 적은 경우 또는 제1항에서 정한 연체보험료가 총당되지 못한 월대체보험료보다 적은 경우에는 부활(효력회복)을 취급하지 않습니다.
- ④ 월납 계약이 보험료 납입기간이 지난 후에 해지된 경우 및 일시납 계약이 해지된 경우에는 부활(효력회복)을 취급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 제3항 및 제4항 및 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 다만, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.
- ⑥ 제1항 또는 제5항에 따라 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우에도 계약자 또는 피보험자가 이 계약을 최초 청약할 때 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

[약관용어 설명]

- **부활(효력회복)** : 계약의 효력이 상실된 후 다시 원 계약의 내용대로 효력을 유지하기 위해 계약을 되살리는 일

제29조 【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 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제30조 【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제19조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제31조 【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.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제32조 【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 제34조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 드립니다.

제33조 【공시이율의 적용 및 공시】

- ① 이 보험의 계약자적립금 계산시 적용되는 이율은 매월 1일 회사가 정한 공시이율(연단위 복리 1.5% 최저보증)로 하며, 매월 1일부터 당월 말일까지 1개월간 확정 적용합니다.
- ② 제1항의 공시이율은 이 보험의 '사업방법서'에서 정하는 바에 따라 회사의 운용자산이익률과 외부지표금리를 가중 평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등 경영환경을 고려한 조정률을 가감하여 결정하며, 공시이율은 산출된 공시기준이율의 70%~130% 범위 내에서 정합니다.
- ③ 회사는 제1항 및 제2항에서 정한 공시이율 및 산출방법 등을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

제34조 【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 [별표 4] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제35조 【보험계약대출】

- ① 계약자는 이 계약의 해지환급금(다만, 보험계약대출의 원금과 이자를 제외한 금액) 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 "보험계약대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제27조(보험료 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.

[약관용어 설명]

- **보험계약대출** : 계약자가 자신이 가입한 보험을 담보로 하여 받는 대출

제36조 【계약자적립금의 인출】

- ① 계약자는 일시납의 경우 계약일 이후 1개월이 지난 후부터, 월납의 경우 보험료 납입 경과기간 2년(24회 납입) 이후부터 보험년도 기준 연 12회에 한하여 1회당 인출신청시점 해지환급금(단, 보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액으로 특약의 해지환급금은 제외된 금액)의 50% 범위 이내에서 계약자적립금의 일부를 인출할 수 있습니다. 다만, 인출 후 해지환급

금은 일시납의 경우 기본보험료의 30%, 월납의 경우 연간 기본보험료(기본보험료의 12배) 이상이 되어야 하며, 각 인출시 점까지의 인출금액 총합계는 이미 납입한 기본보험료와 추가납입보험료의 합계를 초과할 수 없습니다. 다만, 인출금액은 최저 10만원 이상 만원 단위로 가능하며, 계약자적립금 인출시 수수료는 없습니다.

- ② 제1항에 의한 인출시 인출금액 및 인출금액에 적용되는 이자만큼 해지환급금에서 차감하여 지급하므로 해지환급금이 감소할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **보험년도** : 당해년도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매 1년 단위의 연도
예) 계약일 2012년 3월 2일인 경우
보험년도는 2012년 3월 2일부터 2013년 3월 1일까지 1년

제37조 【배당금의 지급】

이 보험은 무배당 보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제38조 【분쟁의 조정】

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제39조 【관할법원】

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

제40조 【소멸시효】

보험금청구권, 보험료 반환청구권 및 해지환급금 청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

제41조 【약관의 해석】

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

제42조 【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】

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

제43조 【회사의 손해배상책임】

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

제44조 【개인정보보호】

- ① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의 없이 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.

제45조 【준거법】

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제46조 【예금보험에 의한 지급보장】

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

[별표 1]

보험금 지급기준표

• 1종(기본형)

(기준 : 보험가입금액)

지급사유	피보험자가 보험기간(종신) 중 사망하였을 경우
지급금액	다음 중 큰 금액을 지급 - 기본보험금 - 직전 월계약해당일의 계약자적립금 × 105% - 이미 납입한 보험료

- 주) 1. 피보험자가 보험료 납입기간 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상인 장애상태가 되었을 때 차회 이후 기본보험료 납입을 면제하며, 차회 이후의 기본보험료가 납입기간 종료일까지 월계약해당일에 납입된 것으로 하여 계약자적립금을 계산합니다.
2. '기본보험금'은 계약을 체결한 시점에서 계약자가 선택한 보험가입금액을 말합니다. 단, 중도인출 할 때에는 인출 전 기본보험금에서 중도인출금액을 차감하며, 납입보험료 총액이 기본보험료가 매월 정상적으로 납입된 것으로 가정한 금액보다 큰 경우에는 초과납입액 만큼 더합니다.
3. '계약자적립금'은 납입보험료에서 월대체보험료 및 중도인출금 등을 공제한 금액을 이 계약의 '공시이율'로 일자계산에 의하여 적립한 금액과 적용최저적립금 중 큰 금액을 말합니다. 여기서, 적용최저적립금은 납입보험료에서 월대체보험료 및 중도인출금 등을 공제한 금액을 이 계약의 '적용이율(2.9%)'로 일자계산에 의하여 적립한 금액을 말합니다.
4. '직전 월계약해당일의 계약자적립금 × 105%'은 보험금 지급사유 발생 직전 월계약해당일의 계약자적립금으로 계산하며, 직전 월계약해당일 이후에 보험료 추가납입 또는 중도인출이 있었을 경우 해당금액을 가감합니다.

• 2종(집중보장형)

(기준 : 보험가입금액)

보험기간	제1보험기간	제2보험기간
지급사유	제1보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우	제2보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우
지급금액	다음 중 큰 금액을 지급 - 제1보험기간에 적용되는 기본보험금 - 직전 월계약해당일의 계약자적립금 × 105% - 이미 납입한 보험료	다음 중 큰 금액을 지급 - 제2보험기간에 적용되는 기본보험금 - 직전 월계약해당일의 계약자적립금 × 105% - 이미 납입한 보험료

- 주) 1. 피보험자가 보험료 납입기간 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상인 장애상태가 되었을 때 차회 이후 기본보험료 납입을 면제하며, 차회 이후의 기본보험료가 납입기간 종료일까지 월계약해당일에 납입된 것으로 하여 계약자적립금을 계산합니다.
2. '기본보험금'은 제1보험기간의 경우 보험가입금액으로 하며, 제2보험기간에는 보험가입금액의 50%로 합니다. 단, 중도인출 할 때에는 인출 전 기본보험금에서 중도인출금액을 차감하며, 납입보험료 총액이 기본보험료가 매월 정상적으로 납입된 것으로 가정한 금액보다 큰 경우에는 초과납입액 만큼 더합니다.
3. '계약자적립금'은 납입보험료에서 월대체보험료 및 중도인출금 등을 공제한 금액을 이 계약의 '공시이율'로 일자계산에 의하여 적립한 금액과 적용최저적립금 중 큰 금액을 말합니다. 여기서, 적용최저적립금은 납입보험료에서 월대체보험료 및 중도인출금 등을 공제한 금액을 이 계약의 '적용이율(2.9%)'로 일자계산에 의하여 적립한 금액을 말합니다.
4. '직전 월계약해당일의 계약자적립금 × 105%'은 보험금 지급사유 발생 직전 월계약해당일의 계약자적립금으로 계산하며, 직전 월계약해당일 이후에 보험료 추가납입 또는 중도인출이 있었을 경우 해당금액을 가감합니다.

[별표 2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 감염병(콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, A형간염)

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세 불명의 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 [다만, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장]
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡 장애 및 삼킴 장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

※ ()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 포함하는 것으로 합니다.

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

[별표 3]

장 해 분 류 표

I. 총 칙

1. 장애의 정의

- 1) '장애'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 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 장래 회복할 가능성이 없는 상태에서 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 흉복부장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 발생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 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.

II. 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한눈의 안구에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능 장애를 남긴 때	10
8) 한눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한눈의 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("광각무") 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(凹凸) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.
- 11) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 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 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장애를 남긴 때	5
6) 한 귀의 컷바퀴의 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 90dB이상인 경우를 말한다.
- 3) '심한 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) '약간의 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 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. 컷바퀴의 결손

- 1) '컷바퀴의 대부분이 결손된 때'라 함은 컷바퀴의 연결부가 1/2이상 결손된 경우를 말하며, 컷바퀴의 결손이 1/2미만이고 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) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니와 아랫니의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) '씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 4) '씹어먹는 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 4종의 어음 중 3종 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 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 7) '말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 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 가교의치 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 후유장애의 대상이 되지 않는다.
- 13) 신체의 일부에 붙었다 떼었다 할 수 있는 의치의 결손은 후유장애의 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
 - ① 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
 - ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장애를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 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
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
- 4) 뚜렷한 운동장애
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
 - ② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈 : 제1,2목뼈)사이에 뚜렷한 이상전위가 있을 때

- 5) 약간의 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 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
1개 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 보조검사에서 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 수술여부에 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 동일한 부위로 한다.
- 2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래와 같다.
 - ① 천장관절 또는 치골문합부가 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 3대관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절중 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 3대관절'이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
- 5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능장애 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(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(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(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 근력검사에서 근력이 '1등급(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 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 요골과 척골중 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) 1상지(팔과 손가락)의 후유장애지급률은 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 3대관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절중 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 관절기능장애 평가는 하지의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국 의사협회(A.M.A.) '영구적 신체장애 평가지침'의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능장애를 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 근력검사에서 근력이 '0등급(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 근력검사에서 근력이 '1등급(Trace)'인 경우
 - 다) '뚜렷한 장애'라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 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) 1하지(다리와 발가락)의 후유장애지급률은 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. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 3) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
- 4) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(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 손가락

관절의 굴신(굽히고 펴기)운동 가능영역으로 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에서는 제1, 제2지관절의 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 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 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 제1지관절(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) 흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	75
2) 흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
3) 흉·복부장기 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 체장의 전부를 잘라내었을 때
 - ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 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 한쪽의 신장이나 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
 - ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장운합이 남았을 때
 - ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
 - ④ 음경의 1/20이상이 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 ‘<붙임> 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, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	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 ‘<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표’의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- ② 위 ①의 경우 ‘<붙임> 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 ‘<붙임> 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 임상심리전문가가 시행하고 전문의가 작성하여야 한다.
- ④ 전문의란 정신건강의학과나 신경정신과 전문의를 말한다.
- ⑤ 평가의 객관적 근거
 - ㉠ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
 - ㉡ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
 - 보호자나 환자의 진술
 - 감정주의 추정이나 인정
 - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 낮은 검사들(뇌SPECT 등)
 - 정신건강의학과나 신경정신과 전문의가 아닌 자가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
- ⑥ 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
- ⑦ 외상후 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 뇌파이상을 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 발작으로써 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	제한정도에 따른 지급률
이동 동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 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(질뚝거리는) 상태, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 손가락 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	<ul style="list-style-type: none"> - 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 지속적인 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	<ul style="list-style-type: none"> - 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용 할 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%)

[별표4]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제34조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	적 립 이 율
사망보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제34조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 공시이율의 50% -1년 초과기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효(제40조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 3. 가산이율 적용시 제8조(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.

정기특약

| 무배당 |

약관



목 차

제1관 목적 및 용어의 정의	57
제1조 목적	57
제2조 용어의 정의	57
제2관 보험금의 지급	57
제3조 보험금의 지급사유	57
제4조 보험금 지급에 관한 세부규정	57
제5조 보험금을 지급하지 않는 사유	58
제6조 보험금의 청구	58
제7조 보험금의 지급절차	59
제8조 보험금 받는 방법의 변경	59
제9조 보험수익자의 지정	59
제3관 특약의 성립과 유지	59
제10조 특약의 성립 및 소멸	59
제11조 특약의 무효	60
제12조 회사의 보장개시	60
제13조 피보험자의 범위 및 자격의 득실	60
제14조 특약내용의 변경 등	60
제15조 특약의 보험기간	61
제4관 보험료의 납입	61
제16조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입	61
제17조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지	61
제18조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)	61

제5관 | 특약의 해지 및 해지환급금 등 62

제19조 계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권 | 62

제20조 해지환급금 | 62

제21조 배당금의 지급 | 62

제6관 | 기타사항 62

제22조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용 | 62

별표 ① 보험금 지급기준표 | 63

별표 ② 재해분류표 | 63

별표 ③ 장애분류표 | 63

별표 ④ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 | 64

정기특약 | 무배당 약관

※ 이 특약은 본인형, 배우자형 중에서 계약자의 선택에 의하여 본인형 또는 배우자형의 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용하는 약관이며 약관내용 중 본인형 또는 배우자형에 해당되는 내용만을 적용합니다.
[다만, 내맘같이INH유니버설종신보험(무배당)_1604를 가입하는 경우 이 특약의 본인형만 가입 가능합니다.]

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 재해: [별표 2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
2. 장애: [별표 3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【보험금의 지급사유】

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

제4조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제3조(보험금의 지급사유) 및 제10조(특약의 성립 및 소멸) 제3항 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 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 면제되었다 하더라도 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ④ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표([별표 3] 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 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑥ 제2항에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표([별표 3] 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

- ⑦ 제2항에서 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 제2항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 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 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표([별표 3] 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 제2항 및 제8항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑪ 장애분류표([별표 3] 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표([별표 3] 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑫ 청약서상 계약 전 알릴의무(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, 제2항의 보험료 납입면제 중 해당 질병과 관련한 납입면제를 적용하지 않습니다.
- ⑬ 제12항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑭ 제13항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑮ 제18조(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 지급사유 또는 제2항의 보험료 납입면제사유에 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 또는 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 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
 - 특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정하는 사망보험금을 지급합니다.
 - 나. 특약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정하는 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

제6조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 4] ‘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 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 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) 제16항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)의 위반과 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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.

【약관용어 설명】

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

제8조 【보험금 받는 방법의 변경】

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

제9조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제3조(보험금의 지급사유)의 사망보험금의 경우 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

제 3관 특약의 성립과 유지

제10조 【특약의 성립 및 소멸】

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

- ② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.
- ③ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 - 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 - 2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
- ④ 제3항 제1호에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다른 경우, 주계약의 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때에는 이 특약의 효력이 소멸되지 않습니다.

제11조 【특약의 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 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 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 또는 심신박약자를 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 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제12조 【회사의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.

제13조 【피보험자의 범위 및 자격의 득실】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자(주계약의 피보험자가 2인 이상일 경우에는 주피보험자)로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약 체결시 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 즉시 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항의 규정에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제14조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우 환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조 【특약의 보험기간】

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

제 4 관 보험료의 납입

제16조 【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 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제17조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 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)
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조 【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 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제17조(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) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제12조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제19조 【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제11조(특약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 특약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 특약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제20조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 4] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제21조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 6 관 기타사항

제22조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
사망보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우	1,000만원

주) 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

[별표 2]

재해분류표

- 주계약 약관 [별표2]와 동일 -

[별표 3]

장해분류표

- 주계약 약관 [별표3]과 동일 -

[별표 4]

**보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제7조 제2항 및 제20조 제2항 관련)**

구 분	적립기간	적립이율
사망보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제20조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 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.

가족수입특약

| 무배당 |

약관

목 차

제1관 목적 및 용어의 정의	69
제1조 목적	69
제2조 용어의 정의	69
제2관 보험금의 지급	69
제3조 보험금의 지급사유	69
제4조 보험금 지급에 관한 세부규정	69
제5조 소득보상금의 지급	70
제6조 보험금을 지급하지 않는 사유	70
제7조 보험금의 청구	70
제8조 보험금의 지급절차	71
제9조 보험금 받는 방법의 변경	71
제10조 보험수익자의 지정	71
제3관 특약의 성립과 유지	71
제11조 특약의 성립 및 소멸	71
제12조 특약의 무효	72
제13조 회사의 보장개시	72
제14조 피보험자의 범위	72
제15조 특약내용의 변경 등	72
제16조 특약의 보험기간	72
제4관 보험료의 납입	72
제17조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입	72
제18조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고 (독촉)와 특약의 해지	73
제19조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)	73

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등	73
제20조 계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권	73
제21조 해지환급금	73
제22조 배당금의 지급	74
제6관 기타사항	74
제23조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용	74
별표 ① 보험금 지급기준표	75
별표 ② 재해분류표	75
별표 ③ 장애분류표	75
별표 ④ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	75

가족수입특약 | 무배당 약관

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 재해: [별표 2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
2. 장애: [별표 3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 보험수익자에게 약정한 소득보상금([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제4조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제3조(보험금의 지급사유) 및 제11조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 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 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상이면 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표([별표 3] 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 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단확정일로부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제2항에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표([별표 3] 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑥ 제2항에서 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 제2항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 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.

- ⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표([별표 3] 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제2항 및 제7항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑩ 장애분류표([별표 3] 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표([별표 3] 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 제2항의 보험료 납입면제 중 해당 질병과 관련한 납입면제를 적용하지 않습니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가진단(단순건강검진 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 부활이 이루어진 경우 부활을 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.

제5조 【소득보상금의 지급】

- ① 소득보상금은 매월 보험금 지급사유 발생일에 드리며, 최초의 보험금 지급사유 발생해당일(이하 ‘소득보상금 지급개시일’이라 합니다)부터 이 특약의 보험기간 종료일까지를 소득보상금의 지급기간으로 합니다. 다만, 해당월에 소득보상금 지급해당일이 없는 경우 해당월의 말일을 소득보상금 지급해당일로 봅니다.
- ② 이 특약의 보험기간 종료일이 되기 직전 5년 이내에 소득보상금의 지급사유가 발생한 경우에는 제1항에도 불구하고 소득보상금 지급개시일부터 그 날을 포함하여 5년간을 소득보상금의 지급기간으로 합니다.

제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 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
 특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정하는 소득보상금을 지급합니다.
 나. 특약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정하는 소득보상금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 제2회 이후 소득보상금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알려 드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 4] ‘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 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(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) 제15항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)의 위반과 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

제9조 【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 소득보상금의 전부 또는 일부에 대하여 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제3조(보험금의 지급사유)의 소득보상금의 경우 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

제 3관 특약의 성립과 유지

제11조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우

제12조 【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 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

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 또는 심신박약자를 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 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제13조 【회사의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.

제14조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(주계약의 피보험자가 2인 이상일 경우에는 주피보험자)로 합니다.

제15조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우 환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 【특약의 보험기간】

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

제 4 관 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 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제18조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 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 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(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 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 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) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 5 관 특약의 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 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제12조(특약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 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 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제21조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 4] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제22조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 6 관 기타사항

제23조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
소득보상금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우	지급사유 발생일을 포함하여 보험기간이 끝날 때까지 매월 지급사유 발생해당일에 10만원씩 지급 (단, 5년 보증지급)

주) 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상대가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

[별표 2]

재해분류표

- 주계약 약관 [별표2]와 동일 -

[별표 3]

장해분류표

- 주계약 약관 [별표3]과 동일 -

[별표 4]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제8조 제2항 및 제21조 제2항 관련)

구분	적립기간	적립이율
제1회 소득보상금 (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%)
제2회 이후 소득보상금 (제3조)	제2회 이후 해당 소득보상금 지급해당일의 다음날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제21조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

1. 제2회 이후 소득보상금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
4. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

재해사망특약

| 무배당 |

약관

목 차

제 1관 목적 및 용어의 정의	81
제1조 목적	81
제2조 용어의 정의	81
제 2관 보험금의 지급	81
제3조 보험금의 지급사유	81
제4조 보험금 지급에 관한 세부규정	81
제5조 보험금을 지급하지 않는 사유	82
제6조 보험금의 청구	82
제7조 보험금의 지급절차	82
제8조 보험금 받는 방법의 변경	83
제9조 보험수익자의 지정	83
제 3관 특약의 성립과 유지	83
제10조 특약의 성립 및 소멸	83
제11조 특약의 무효	83
제12조 회사의 보장개시	84
제13조 피보험자의 범위	84
제14조 특약내용의 변경 등	84
제15조 특약의 보험기간	84
제 4관 보험료의 납입	84
제16조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입	84
제17조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지	84
제18조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)	85
제 5관 특약의 해지 및 해지환급금 등	85
제19조 계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권	85
제20조 해지환급금	85
제21조 배당금의 지급	85

제 6관 기타사항	85
제22조 주계약 약관 및 단체취급특약의 규정의 준용	85
별표 ① 보험금 지급기준표	86
별표 ② 재해분류표	86
별표 ③ 장애분류표	86
별표 ④ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	86

재해사망특약 | 무배당 약관

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 재해: [별표 2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
2. 장애: [별표 3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 이 특약의 보험기간 중 재해가 발생하고, 그 재해를 직접적인 원인으로 사망한 경우에는 보험수익자에게 약정한 재해사망보험금([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제4조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제3조(보험금의 지급사유) 및 제10조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 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 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표([별표 3] 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 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제2항에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표([별표 3] 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑥ 제2항에서 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 제2항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 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.

- ⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표([별표 3] 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제2항 및 제7항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑩ 장애분류표([별표 3] 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표([별표 3] 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑪ 청약서상 계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2항의 보험료 납입면제 중 해당 질병과 관련한 납입면제를 적용하지 않습니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑬ 제12항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑭ 제18조(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.

제5조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나, 보험료의 납입을 면제합니다.
 특히, 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정하는 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 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 4] ‘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 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고

는 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) 제15항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)의 위반과 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

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 제3조(보험금의 지급사유)의 재해사망보험금의 경우 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

제 3관 특약의 성립과 유지

제10조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우

제11조 【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 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을

더하여 돌려드립니다.

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 또는 심신박약자를 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 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제12조 【회사의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.

제13조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(주계약의 피보험자가 2인 이상일 경우에는 주피보험자)로 합니다.

제14조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우 환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조 【특약의 보험기간】

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

제 4 관 보험료의 납입

제16조 【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 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제17조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은

그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조 【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 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제17조(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) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제12조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제19조 【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제11조(특약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 특약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 특약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제20조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 4] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제21조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 6 관 기타사항

제22조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
재해사망보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 사망한 경우	1,000만원

주) 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

[별표 2]

재해분류표

- 주계약 약관의 [별표 2]와 동일 -

[별표 3]

장해분류표

- 주계약 약관의 [별표 3]과 동일 -

[별표 4]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제7조 제2항 및 제20조 제2항 관련)

구분	적립기간	적립이율
재해사망보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제20조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 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.

교통재해사망특약

| 무배당 |

약관



목 차

제 1관 목적 및 용어의 정의	91
제1조 목적	91
제2조 용어의 정의	91
제 2관 보험금의 지급	91
제3조 ‘교통재해’ 의 정의	91
제4조 ‘뺑소니·무보험 자동차에 의한 교통사고’ 의 정의	91
제5조 보험금의 지급사유	91
제6조 보험금 지급에 관한 세부규정	91
제7조 보험금을 지급하지 않는 사유	92
제8조 보험금의 청구	93
제9조 보험금의 지급절차	93
제10조 보험금 받는 방법의 변경	93
제11조 보험수익자의 지정	93
제 3관 특약의 성립과 유지	94
제12조 특약의 성립 및 소멸	94
제13조 특약의 무효	94
제14조 회사의 보장개시	94
제15조 피보험자의 범위	94
제16조 특약내용의 변경 등	94
제17조 특약의 보험기간	94
제 4관 보험료의 납입	95
제18조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입	95
제19조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지	95
제20조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)	95

제 5관 특약의 해지 및 해지환급금 등	95
제21조 계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권	95
제22조 해지환급금	96
제23조 배당금의 지급	96
제 6관 기타사항	96
제24조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용	96
별표 ① 보험금 지급기준표	97
별표 ② 재해분류표	97
별표 ③ 교통재해분류표	97
별표 ④ 장애분류표	98
별표 ⑤ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	98

교통재해사망특약 | 무배당 약관

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 재해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 재해: [별표 2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
2. 장애: [별표 4] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘교통재해’의 정의】

이 특약에서 ‘교통재해’는 ‘교통재해분류표([별표 3] 참조)’에서 정하는 교통재해사고를 말합니다.

제4조 【‘뺑소나무보험 자동차에 의한 교통사고’의 정의】

- ① 이 특약에서 ‘뺑소나 교통사고’는 피보험자가 보유불명의 자동차에 의한 사고로 상해를 입고 경찰관서에 뺑소나사고로 신고되어 「자동차손해배상보장법」상의 보유불명 자동차에 의한 사고로 손해배상금을 받을 수 있는 경우를 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘무보험자동차에 의한 교통사고’는 피보험자가 『자동차손해배상보장법』상의 책임보험(대인배상)(책임공제 포함)을 제외한 자동차보험의 대인배상종합보험(대인배상)(공제포함)에 가입되지 않은 자동차에 의해 상해를 입음으로써 손해배상 청구권이 발생한 경우를 말합니다.

제5조 【보험금의 지급사유】

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

1. 이 특약의 보험기간 중 ‘뺑소나무보험 자동차에 의한 교통사고’가 발생하고, 그 ‘뺑소나무보험 자동차에 의한 교통사고’를 직접적인 원인으로 사망한 경우 : 뺑소나무보험차 교통사고사망보험금
2. 이 특약의 보험기간 중 ‘뺑소나무보험 자동차에 의한 교통사고’를 제외한 교통재해가 발생하고, 그 ‘뺑소나무보험 자동차에 의한 교통사고’를 제외한 교통재해를 직접적인 원인으로 사망한 경우 : 일반 교통재해사망보험금

제6조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제5조(보험금의 지급사유) 및 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 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 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표 4] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입

을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

- ③ 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표([별표 4] 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 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제2항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표([별표 4] 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑥ 제2항에서 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 제2항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 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.
- ⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표([별표 4] 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표([별표 4] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제2항 및 제7항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑩ 장해분류표([별표 4] 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표([별표 4] 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑪ 청약서상 계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항의 보험료 납입면제 중 해당 질병과 관련한 납입면제를 적용하지 않습니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑬ 제12항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑭ 제20조(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 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 또는 제2항의 보험료 납입면제사유에 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 또는 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나, 보험료의 납입을 면제합니다.
 특히 그 결과 '뺑소나무보험 자동차에 의한 교통사고'로 사망에 이르게 된 경우에는 뺑소나무보험차 교통사고사망보험금을, '뺑소나무보험 자동차에 의한 교통사고'를 제외한 교통재해로 사망에 이르게 된 경우에는 일반 교통재해사망보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제8조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 관할 경찰서 사고사실확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 5] ‘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 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(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. 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제15항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)의 위반과 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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.

【약관용어 설명】

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

제10조 【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제5조(보험금의 지급사유)에 따른 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제11조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제5조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 사망보험금의 경우 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제12조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우

제13조 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자적립금의 인출이 있었을 경우에는 이를 차감한 금액)를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 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 또는 심신박약자를 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 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제14조 【회사의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.

제15조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(주계약의 피보험자가 2인 이상일 경우에는 주피보험자)로 합니다.

제16조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ④ 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.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우 환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 【특약의 보험기간】

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

제4관 보험료의 납입

제18조 【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 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

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

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 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)
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조 【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 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제19조(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) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제14조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제21조 【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 제13조(특약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 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 내용을 기재하여 드립니다.

제22조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 5] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제23조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 6 관 기타사항

제24조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
뽕소나무보험차 교통사고 사망보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뽕소나무보험 자동차에 의한 교통사고’로 사망한 경우	2,000만원
일반 교통재해 사망보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뽕소나무보험 자동차에 의한 교통사고’를 제외한 ‘교통재해’로 사망한 경우	1,000만원

주) 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표 4] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

[별표 2]

재해분류표

- 주계약 약관의 [별표 2]와 동일 -

[별표 3]

교통재해분류표

- 이 보험에서 ‘교통재해’라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
 - 가. 운행 중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함합니다)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 인하여 그 운행 중의 교통기관에 탑승하고 있지 않은 피보험자가 입은 불의의 사고
 - 나. 운행 중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말합니다)에 있는 동안 피보험자가 입은 불의의 사고
 - 다. 도로 통행 중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙하물로 인하여 피보험자가 입은 불의의 사고
- 제1호의 ‘교통기관’이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정하는 것을 말합니다.
 - 가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블 카(공중 케이블 카를 포함합니다), 엘리베이터 및 에스컬레이터 등
 - 나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠터, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
 - 다. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다) 등
- 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 불의의 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행 중에 발생한 사고는 교통사고로 봅니다.
- 제1호 가목 또는 나목에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 피보험자의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통사고로 보지 않습니다.
- 이 표에서 ‘도로’라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에 개방되어 있는 모든 도로(자동차 전용도로 및 통로를 포함합니다)로서 터널, 교량, 도선시설 등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다.

[별표 4]

장 해 분 류 표

- 주계약 약관의 [별표 3]과 동일 -

[별표 5]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제9조 제2항 및 제22조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
뺑소나무보험차 교통사고사망보험금 및 일반 교통재해사망보험금 (제5조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 3. 가산이율 적용시 제9조(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.

재해입원특약

| 무배당 |

약관



목 차

제 1관 목적 및 용어의 정의	103
제1조 목적	103
제2조 용어의 정의	103
제 2관 보험금의 지급	103
제3조 '입원' 의 정의와 장소	103
제4조 보험금의 지급사유	103
제5조 보험금 지급에 관한 세부규정	103
제6조 보험금을 지급하지 않는 사유	104
제7조 보험금의 청구	105
제8조 보험금의 지급절차	105
제 3관 특약의 성립과 유지	105
제9조 특약의 성립 및 소멸	105
제10조 회사의 보장개시	106
제11조 피보험자의 범위	106
제12조 특약내용의 변경 등	106
제13조 특약의 보험기간	106
제 4관 보험료의 납입	106
제14조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입	106
제15조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지	106
제16조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)	107
제 5관 특약의 해지 및 해지환급금 등	107
제17조 계약자의 임의해지	107
제18조 해지환급금	107
제19조 배당금의 지급	107

제 6관 | 기타사항 107

제20조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용 | 107

별표 ① 보험금 지급기준표 | 108

별표 ② 재해분류표 | 108

별표 ③ 장애분류표 | 108

별표 ④ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 | 108

재해입원특약 | 무배당 약관

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 재해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 재해 : [별표 2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
2. 장애 : [별표 3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘입원’의 정의와 장소】

이 특약에서 ‘입원’은 의사가 피보험자의 재해로 인한 치료를 직접목적으로 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.

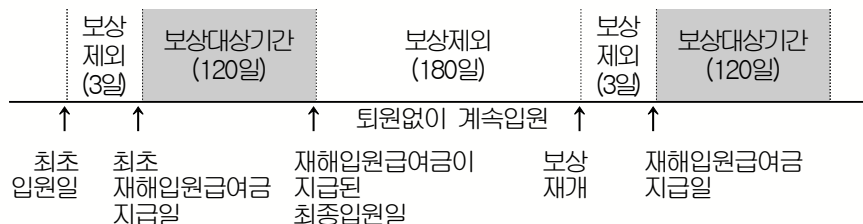
제4조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 그 치료를 직접 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 재해입원급여금([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ② 제4조(보험금의 지급사유)에서 재해입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ③ 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 동일한 재해로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제1항 및 제2항을 적용합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 재해에 의한 입원이라도 재해입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 재해입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 재해입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상기간 예시>



- ⑤ 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 재해입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 계속 재해입원급여금을 지급합니다.

- ⑥ 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 재해 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ⑧ 제7항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표([별표 3] 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 제7항에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표([별표 3] 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑪ 제7항에서 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.
- ⑫ 제7항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 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.
- ⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표([별표 3] 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑭ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑮ 장애분류표([별표 3] 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표([별표 3] 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 제7항의 보험료 납입면제 중 해당 질병과 관련한 납입면제를 적용하지 않습니다.
- 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, 청약일 이후 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑱ 제17항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제15조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑲ 제16조(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 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 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

제7조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 입·퇴원확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 4] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제20항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)의 위반과 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.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

제 3관 특약의 성립과 유지

제9조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경

우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
- ③ 제2항 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 사망연월일을 기준으로 합니다.

제10조 【회사의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.

제11조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(주계약의 피보험자가 2인 이상일 경우에는 주피보험자)로 합니다.

제12조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우 환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제13조 【특약의 보험기간】

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

제 4 관 보험료의 납입

제14조 【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 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제15조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 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)
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제16조 【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 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제15조(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) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제10조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제17조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제18조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 4] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제19조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 6 관 기타사항

제20조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
재해입원 급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 (1회 입원당 120일 한도)	3일초과 입원일수 1일당 1만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 재해입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

[별표 2]

재해분류표

- 주계약 약관의 [별표 2]와 동일 -

[별표 3]

장해분류표

- 주계약 약관의 [별표 3]과 동일 -

[별표 4]

**보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제18조 제2항 관련)**

구분	적립기간	적립이율
재해입원급여금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후 부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후 부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제18조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 제8조(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.

재해골절특약

| 무배당 |

약관



목 차

제 1관 목적 및 용어의 정의	113
제1조 목적	113
제2조 용어의 정의	113
제 2관 보험금의 지급	113
제 3조 '재해골절' 의 정의 및 진단확정	113
제 4조 보험금의 지급사유	113
제 5조 보험금 지급에 관한 세부규정	113
제 6조 보험금을 지급하지 않는 사유	114
제 7조 보험금의 청구	114
제 8조 보험금의 지급절차	114
제 3관 특약의 성립과 유지	115
제 9조 특약의 성립 및 소멸	115
제10조 회사의 보장개시	115
제11조 피보험자의 범위	115
제12조 특약내용의 변경 등	116
제13조 특약의 보험기간	116
제 4관 보험료의 납입	116
제14조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입	116
제15조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고 (독촉)와 특약의 해지	116
제16조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)	116

제 5관 특약의 해지 및 해지환급금 등	117
제17조 계약자의 임의해지	117
제18조 해지환급금	117
제19조 배당금의 지급	117
제 6관 기타사항	117
제20조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용	117
별표 ① 보험금 지급기준표	118
별표 ② 재해분류표	118
별표 ③ 장해분류표	118
별표 ④ 재해골절 분류표(치아의 파절 제외)	119
별표 ⑤ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	119

재해골절특약 | 무배당 약관

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 재해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 재해 : [별표 2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
2. 장애 : [별표 3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘재해골절’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에서 ‘재해골절’은 재해를 직접적인 원인으로 뼈의 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로써 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 ‘재해골절 분류표(치아의 파절 제외)’([별표 4]참조)에서 정한 골절을 말합니다.
- ② 재해골절의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 해당 분야의 의사(치과의사 제외)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제4조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 재해골절 상태가 되었을 때 보험수익자에게 약정한 재해골절치료급여금([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다. 다만, 치아의 파절(분류번호 S02.5)은 제외합니다.

제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 동일한 재해를 직접적인 원인으로 복합골절이 발생한 때에는 재해골절치료급여금은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 재해골절치료급여금을 지급하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표([별표 3] 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 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단확정일로부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제2항에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표([별표 3] 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑥ 제2항에서 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 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

- ⑦ 제2항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표([별표 3] 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제2항 및 제7항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑩ 장해분류표([별표 3] 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표([별표 3] 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 제2항의 보험료 납입면제 중 해당 질병과 관련한 납입면제를 적용하지 않습니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인한 추가진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑬ 제12항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제15조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑭ 제16조(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 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

- 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 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

제7조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서(골절진단서 등)
 - 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 - 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 5] ‘보험금을 지급할 때의 적립

이율 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 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(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. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제15항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)의 위반과 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

제3관 특약의 성립과 유지

제9조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 - 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 - 2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
- ③ 제2항 제2호 ‘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 사망연월일을 기준으로 합니다.

제10조 【회사의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.

제11조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(주계약의 피보험자가 2인 이상일 경우에는 주피보험자)로 합니다.

제12조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우 환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제13조 【특약의 보험기간】

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

제 4 관 보험료의 납입

제14조 【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 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제15조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 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)
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제16조 【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 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제15조(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) 계약자는 해지

된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제10조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제17조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제18조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 5] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제19조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 6 관 기타사항

제20조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
재해골절 치료급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 재해골절(치아파절 제외)이 발생한 때	골절발생 1회당 20만원

- 주1) 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- 2) 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 동일한 재해로 인하여 두 가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 재해골절치료급여금은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 재해골절치료급여금을 지급하지 않습니다.

[별표 2]

재해분류표

- 주계약 약관의 [별표 2]와 동일 -

[별표 3]

장해분류표

- 주계약 약관의 [별표 3]과 동일 -

[별표 4]

재해골절 분류표(치아의 파절 제외)

이 약관에 규정하는 ‘재해골절(치아의 파절 제외)’이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016 .1.1 시행) 중 다음에 적은 분류번호를 말합니다.

대 상 항 목	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
2. 목의 골절	S12
3. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 어깨 및 위팔의 골절	S42
6. 아래팔의 골절	S52
7. 손목 및 손부위의 골절	S62
8. 대퇴골의 골절	S72
9. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
10. 발목을 제외한 발의 골절	S92
11. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
12. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
13. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
14. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
15. 상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2

※ 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 위의 항목 이외에 추가로 위의 분류번호에 해당하는 항목이 있을 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

[별표 5]

**보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제18조 제2항 관련)**

구 분	적립기간	적립이율
재해골절치료급여금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험 계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험 계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험 계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제18조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 3. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

재해장해특약

| 무배당 |

약관



목 차

제 1관 목적 및 용어의 정의	125
제1조 목적	125
제2조 용어의 정의	125
제 2관 보험금의 지급	125
제3조 보험금의 지급사유	125
제4조 보험금 지급에 관한 세부규정	125
제5조 보험금을 지급하지 않는 사유	126
제6조 보험금의 청구	126
제7조 보험금의 지급절차	127
제8조 보험금 받는 방법의 변경	127
제 3관 특약의 성립과 유지	127
제9조 특약의 성립 및 소멸	127
제10조 회사의 보장개시	128
제11조 피보험자의 범위	128
제12조 특약내용의 변경 등	128
제13조 특약의 보험기간	128
제 4관 보험료의 납입	128
제14조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입	128
제15조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고 (독촉)와 특약의 해지	128
제16조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)	129

제 5관 특약의 해지 및 해지환급금 등	129
제17조 계약자의 임의해지	129
제18조 해지환급금	129
제19조 배당금의 지급	129
제 6관 기타사항	129
제20조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용	129
별표 ❶ 보험금 지급기준표	130
별표 ❷ 재해분류표	130
별표 ❸ 장애분류표	130
별표 ❹ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	130

재해장해특약 | 무배당 약관

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이 에 피보험자의 재해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 재해: [별표 2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
2. 장해: [별표 3] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 장해분류표([별표 3] 참조)에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 재해장해급여금([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제4조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 다른 재해로 인하여 장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 재해장해급여금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 재해장해급여금에서 이미 지급받은 재해장해급여금을 차감하여 지급합니다. 다만 장해분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ② 제3조(보험금의 지급사유)에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또 다시 제9항에 규정하는 장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해에 대한 재해장해급여금이 지급된 것으로 보고, 최종 장해상태에 해당하는 재해장해급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 재해장해급여금을 빼고 지급합니다.
 1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 재해장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해
 2. 위 1호 이외에 이 특약의 규정에 따라 재해장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 재해장해급여금이 지급되지 않았던 장해
- ③ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.
- ④ 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ⑤ 제4항 및 제3조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표([별표 3] 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에 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.
- ⑦ 제4항 및 제3조(보험금의 지급사유)에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표([별표 3] 참조)상 두 가지 이상의

신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

- ⑧ 제4항 및 제3조(보험금의 지급사유)에서 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 제4항 및 제3조(보험금의 지급사유)에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 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.
- ⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표([별표 3] 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑪ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑫ 장애분류표([별표 3] 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표([별표 3] 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑬ 청약서상 계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제4항의 보험료 납입면제 중 해당 질병과 관련한 납입면제를 적용하지 않습니다.
- ⑭ 제13항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑮ 제14항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제15조(보험료의 납입이 면제되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑯ 제16조(보험료의 납입면제로 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.

제5조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 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 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(장해진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 회사가 보험금 지급에 필요하여 요청하는 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 문자메세지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유에의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 4] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유에의 조사·확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유에의 조사 및 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제17항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 따라 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 피보험자 또는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)의 위반과 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의뢰기관 또는 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.

【 약관용어 설명 】

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

제8조 【보험금 받는 방법의 변경】

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

제 3관 특약의 성립과 유지

제9조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한

경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우

③ 제2항 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 사망연월일을 기준으로 합니다.

제10조 【회사의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.

제11조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(주계약의 피보험자가 2인 이상일 경우에는 주피보험자)로 합니다.

제12조 【특약내용의 변경 등】

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

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

③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우 환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.

⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제13조 【특약의 보험기간】

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

제 4 관 보험료의 납입

제14조 【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 동일합니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제15조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.

② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 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)
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제16조 【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 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제15조(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) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제10조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제17조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제18조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 4] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제19조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 6 관 기타사항

제20조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
재해장해급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 장해분류표([별표 3] 참조)에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때	1,000만원 × 해당 장해지급률

- 주1) 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- 2) 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

[별표 2]

재해분류표

- 주계약 약관의 [별표 2]와 동일 -

[별표 3]

장해분류표

- 주계약 약관의 [별표 3]과 동일 -

[별표 4]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제7조 제2항 및 제18조 제2항 관련)

구분	적립기간	적립이율
재해장해급여금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제18조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 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 |

| 무배당 |

약관



목 차

제 1관 목적 및 용어의 정의	135
제1조 목적	135
제2조 용어의 정의	135
제 2관 보험금의 지급	135
제3조 보험금의 지급사유	135
제4조 보험금 지급에 관한 세부규정	135
제5조 보험금을 지급하지 않는 사유	136
제6조 보험금의 청구	136
제7조 보험금의 지급절차	137
제8조 보험금 받는 방법의 변경	137
제 3관 특약의 성립과 유지	138
제9조 특약의 성립 및 소멸	138
제10조 회사의 보장개시	138
제11조 피보험자의 범위	138
제12조 특약내용의 변경 등	138
제13조 특약의 보험기간	138
제 4관 보험료의 납입	138
제14조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입	138
제15조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고 (독촉)와 특약의 해지	139
제16조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)	139

제 5관 특약의 해지 및 해지환급금 등	139
제17조 계약자의 임의해지	139
제18조 해지환급금	139
제19조 배당금의 지급	139
제 6관 기타사항	139
제20조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용	139
별표 ① 보험금 지급기준표	140
별표 ② 재해분류표	140
별표 ③ 장해분류표	140
별표 ④ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	141

재해장해연금특약 | 무배당 약관

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 재해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 재해: [별표 2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
2. 장애: [별표 3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 장애분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해로 여러 신체 부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 재해장해연금([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제4조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 재해장해연금은 지급사유 발생일로부터 10년동안(10회) 매년 보험금 지급사유 발생해당일(이하 ‘지급해당일’이라 합니다)에 지급합니다. 다만, 해당월에 지급해당일이 없는 경우 해당월의 말일을 지급해당일로 봅니다.
- ② 제3조(보험금의 지급사유)에서 다른 재해로 인하여 장애가 2회 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 신체부위 별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유)에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장애가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또 다시 제2항에 규정하는 장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장애에 대한 재해장해연금이 지급된 것으로 보고, 최종 장애상태에 해당하는 재해장해연금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 재해장해연금을 빼고 지급합니다.
 1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장애로 재해장해연금의 지급사유가 되지 않았던 장애
 2. 위 1호 이외에 이 특약의 규정에 따라 재해장해연금의 지급사유가 되지 않았던 장애 또는 재해장해연금이 지급되지 않았던 장애
- ④ 동일한 재해로 인한 장애지급률은 100%를 한도로 합니다.
- ⑤ 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상 80%미만인 장애상태가 되었을 때 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ⑥ 제5항 및 제3조(보험금의 지급사유)에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는

경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표([별표 3] 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

- ⑦ 제6항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 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.
- ⑧ 제5항 및 제3조(보험금의 지급사유)에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표([별표 3] 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑨ 제5항 및 제3조(보험금의 지급사유)에서 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 제5항 및 제3조(보험금의 지급사유)에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표([별표 3] 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑬ 장해분류표([별표 3] 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표([별표 3] 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑭ 청약서상 계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제5항의 보험료 납입면제 중 해당 질병과 관련한 납입면제를 적용하지 않습니다.
- ⑮ 제14항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑯ 제15항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제15조(보험료의 납입이 면제되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑰ 제16조(보험료의 납입면제로 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.

제5조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 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 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(장해진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 4] ‘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 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이상을 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) 제18항에 따라 보험금 지급사유에 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 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)의 위반과 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

제8조 【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 재해장해연금의 전부 또는 일부에 대하여 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제9조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
 3. 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해로 여러 신체 부위의 장애지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되었을 때
- ③ 제2항 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 사망연월일을 기준으로 합니다.

제10조 【회사의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.

제11조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(주계약의 피보험자가 2인 이상일 경우에는 주피보험자)로 합니다.

제12조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우 환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제13조 【특약의 보험기간】

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

제4관 보험료의 납입

제14조 【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 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제15조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제16조 【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 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제15조(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) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제10조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제17조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제18조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 4] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제19조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 6 관 기타사항

제20조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

급부명	지급사유	총지급금액	지급기준	가입금액	1회지급액
재해장해 연금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80% 이상인 장해상태가 되었을 때	1억원	매년 가입금액의 100% X 10회	1,000만원	1,000만원
	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 80%미만인 장해상태가 되었을 때	5,000만원	매년 가입금액의 50% X 10회	1,000만원	500만원

- 주1) 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상 80%미만인 장해상태가 되었을 때 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- 2) 피보험자가 보험기간 중 사망 또는 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되었을 때에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- 3) 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.
- 4) 재해장해연금은 지급사유 발생일부 10년동안(10회) 매년 보험금 지급사유 발생해당일에 지급합니다. 다만, 해당월에 지급해당일이 없는 경우 해당월의 말일을 지급해당일로 봅니다.
- 5) 보험수익자가 재해장해연금을 일시금으로 선지급 받기를 원하는 경우 회사는 이 특약의 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 일시금으로 선지급합니다.

[별표 2]

재해분류표

- 주계약 약관의 [별표 2]와 동일 -

[별표 3]

장해분류표

- 주계약 약관의 [별표 3]과 동일 -

[별표 4]

**보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제7조 제2항 및 제18조 제2항 관련)**

구분	적립기간		적립이율
제1회 재해장해연금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간		보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일내 기간		보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일내 기간		보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간		보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
제2회 이후 재해장해연금 (제3조)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	보험기간 만기일 이내	평균공시이율
		보험기간 만기 이후	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 연 1%
		청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제18조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간		-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

- 주) 1. 제2회 이후 재해장해연금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 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.

고도장해보장특약

| 무배당 |

약관



목 차

제 1관 목적 및 용어의 정의	147
제1조 목적	147
제2조 용어의 정의	147
제 2관 보험금의 지급	147
제3조 보험금의 지급사유	147
제4조 보험금 지급에 관한 세부규정	147
제5조 보험금을 지급하지 않는 사유	148
제6조 보험금의 청구	148
제7조 보험금의 지급절차	148
제8조 보험금 받는 방법의 변경	149
제 3관 특약의 성립과 유지	149
제9조 특약의 성립 및 소멸	149
제10조 회사의 보장개시	150
제11조 피보험자의 범위 및 자격의 득실	150
제12조 특약내용의 변경 등	150
제13조 특약의 보험기간	150
제 4관 보험료의 납입	150
제14조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입	150
제15조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지	150
제16조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)	151
제 5관 특약의 해지 및 해지환급금 등	151
제17조 계약자의 임의해지	151
제18조 해지환급금	151
제19조 배당금의 지급	151

제 6관 기타사항	151
제20조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용	151
별표 ① 보험금 지급기준표	152
별표 ② 재해분류표	152
별표 ③ 장해분류표	152
별표 ④ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	152

고도장해보장특약 | 무배당 약관

※ 이 특약은 본인형, 배우자형 중에서 계약자의 선택에 의하여 본인형 또는 배우자형의 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용하는 약관이며 약관내용 중 본인형 또는 배우자형에 해당되는 내용만을 적용합니다.
[다만, 내맘같이NH유니버설중신보험(무배당)_1604를 가입하는 경우 이 특약의 본인형만 가입 가능합니다.]

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 '특약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 재해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 재해: [별표 2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
2. 장애: [별표 3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 장애분류표([별표 3] 참조) 중 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 약정한 고도장해보험금([별표 1] '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제4조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상 80%미만인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.(다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다)
- ② 제1항 및 제3조(보험금의 지급사유)에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표([별표 3] 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 따라 장애지급률이 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 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ④ 제1항 및 제3조(보험금의 지급사유)에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표([별표 3] 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑤ 제1항 및 제3조(보험금의 지급사유)에서 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.
- ⑥ 제1항 및 제3조(보험금의 지급사유)에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위

별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표([별표 3] 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 장애분류표([별표 3] 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표([별표 3] 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑩ 청약서상 계약 전 알릴의무(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 관련된 보험금을 지급하지 않으며, 제1항의 보험료 납입면제 중 해당 질병과 관련한 납입면제를 적용하지 않습니다.
- ⑪ 제10항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑫ 제11항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제15조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑬ 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제11항의 청약일로 하여 적용합니다.
- 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.

제5조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

- 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 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 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서(장해진단서 등)
 - 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 - 4. 기타 보험금수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 4] '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 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험

자 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) 제14항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)의 위반과 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의뢰기관 또는 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.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

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.

제 3관 특약의 성립과 유지

제9조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.
- ③ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
 3. 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생하지 않을 경우
- ④ 제3항 제1호에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다른 경우, 주계약의 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때에는 이 특약의 효력이 소멸되지 않습니다.
- ⑤ 제3항 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.

제10조 【회사의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.

제11조 【피보험자의 범위 및 자격의 득실】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자(주계약의 피보험자가 2인 이상일 경우에는 주피보험자)로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 즉시 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항의 규정에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제12조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우 환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제13조 【특약의 보험기간】

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

제 4 관 보험료의 납입

제14조 【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 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제15조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 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)
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제16조 【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 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제15조(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) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제10조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제17조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제18조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 4] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제19조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 6 관 기타사항

제20조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
고도장해 보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 장해분류표([별표 3] 참조) 중 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80% 이상인 장해상태가 되었을 때 (최초 1회한)	1,000만원

주) 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상 80%미만인 장해상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

[별표 2]

재해분류표

- 주계약 약관의 [별표 2]와 동일 -

[별표 3]

장해분류표

- 주계약 약관의 [별표 3]과 동일 -

[별표 4]

**보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제7조 제2항 및 제18조 제2항 관련)**

구분	적립기간	적립이율
고도장해보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제18조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 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.

중증치매보장특약

| 무배당 |

약관



목 차

제 1관 목적 및 용어의 정의	157
제1조 목적	157
제2조 용어의 정의	157
제 2관 보험금의 지급	157
제3조 ‘중증치매상태’ 의 정의 및 진단확정	157
제4조 보험금의 지급사유	157
제5조 보험금 지급에 관한 세부규정	158
제6조 보험금을 지급하지 않는 사유	158
제7조 보험금의 청구	159
제8조 보험금의 지급절차	159
제 3관 특약의 성립과 유지	159
제9조 특약의 성립 및 소멸	159
제10조 회사의 보장개시	160
제11조 피보험자의 범위	160
제12조 특약의 무효	160
제13조 특약내용의 변경 등	160
제14조 특약의 보험기간	160
제 4관 보험료의 납입	160
제15조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입	160
제16조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고 (독촉)와 특약의 해지	161
제17조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)	161
제 5관 특약의 해지 및 해지환급금 등	161
제18조 계약자의 임의해지	161
제19조 해지환급금	161
제20조 배당금의 지급	161

제 6관 지정대리청구에 관한 사항	162
제21조 적용대상	162
제22조 지정대리청구인의 지정	162
제23조 지정대리청구인의 변경지정	162
제24조 지정대리청구인에 의한 보험금 지급 등의 절차	162
제25조 지정대리청구인에 의한 보험금 등 청구시 구비서류	162
제 7관 기타사항	162
제26조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용	162
별표 ① 보험금 지급기준표	163
별표 ② 재해분류표	163
별표 ③ 장해분류표	163
별표 ④ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	164

중증치매보장특약 | 무배당 약관

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 지급사유 관련 용어

가. 재해 : [별표 2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

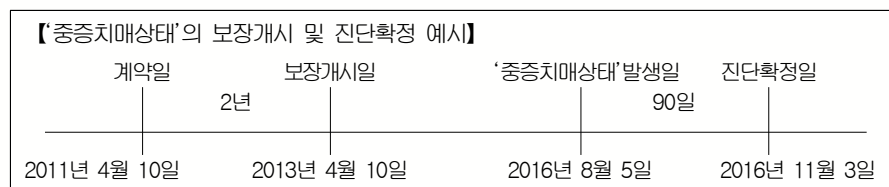
나. 장애 : [별표 3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

2. 중증치매 보장개시일: 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 만2년이 지난 날의 다음날을 말합니다. 다만, 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 ‘중증치매상태’가 발생한 경우에는 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보장개시일과 동일합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘중증치매상태’의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘중증치매상태’는 계약일 이후에 발생한 재해로 ‘중증의 인지기능의 장애’가 발생한 상태 또는 질병으로 인하여 중증치매 보장개시일 이후에 ‘중증의 인지기능의 장애’가 발생한 상태를 말합니다.
- ② 제1항의 ‘중증의 인지기능의 장애’는 CDR척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating, 2001년) 검사 결과가 3점 이상(단, 이와 동등하다고 국내 의학계에서 일반적으로 인정되는 검사 방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 중증치매보장개시일 이후에 발생하고 발생시점부터 90일 이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 이 때 ‘CDR척도(2001년)’는 치매 관련 전문가가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능정도를 측정하는 검사로서 전체점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.
- ③ ‘중증치매상태’ 발생시의 진단은 피보험자를 진료하고 있는 치매관련 전문의 자격증을 가진 의사에 의해 객관적인 소견을 기초로 내려져야 하며, 그 진단일로부터 90일이 경과한 이후에 회사가 피보험자의 중증치매상태가 계속 지속되었음을 확인함으로써 ‘중증치매상태’로 최종 진단확정 됩니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, ‘정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애’ 및 ‘알콜중독, 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애’는 보장대상에서 제외합니다.



제4조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘중증치매 보장개시일’ 이후에 ‘중증치매상태’로 최종 진단 확정되었을 때에는 보험수익자에게 중증치매진단자금([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다(다만, 최초 1회에 한하여 지급)

제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정된 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표([별표 3] 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 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.
- ④ 제1항에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표([별표 3] 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑤ 제1항에서 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.
- ⑥ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 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.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표([별표 3] 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 제1항 및 제6항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 장애분류표([별표 3] 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표([별표 3] 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- 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 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제1항의 보험료 납입면제 중 해당 질병과 관련한 납입면제를 적용하지 않습니다.
- ⑪ 제10항에도 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.
- ⑫ 제11항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑬ 제17조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제11항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑭ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 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

제7조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서('중증치매상태' 진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 4] '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 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(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. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제14항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)의 위반과 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

제3관 특약의 성립과 유지

제9조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우

다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
 3. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 더 이상 발생하지 않을 경우
- ③ 제2항 제2호 ‘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 사망연월일을 기준으로 합니다.

제10조 【회사의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제4조(보험금의 지급사유)의 중증치매진단자금의 보장개시일은 ‘중증치매 보장개시일’로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관에 따라 보장합니다. 다만, 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 ‘중증치매상태’가 발생한 경우에는 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제11조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(주계약의 피보험자가 2인 이상일 경우에는 주피보험자)로 합니다.

제12조 【특약의 무효】

이 특약의 피보험자가 보험계약일부터 중증치매 보장개시일 전일 이전에 제3조(‘중증치매상태’의 정의 및 진단 확정)에서 정한 중증치매상태가 발생하고 그 이후에 최종 진단확정되는 경우 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제13조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우 환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 【특약의 보험기간】

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

제 4 관 보험료의 납입

제15조 【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 동일합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

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

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 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)
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조 【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 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제16조(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) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제10조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제18조 【계약자의 임의해지】

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

제19조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 4] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제20조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 6 관 지정대리청구에 관한 사항

제21조 【적용대상】

이 특약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제22조 【지정대리청구인의 지정】

- ① 계약자는 특약체결시 또는 특약체결 이후 피보험자의 70세 계약해당일 이전(또는 특약체결 이후 2년 이내) 에 다음 각 호의 1에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, '지정대리청구인' 이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제23조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 1에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제21조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제23조 【지정대리청구인의 변경지정】

계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 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)

제24조 【지정대리청구인에 의한 보험금 지급 등의 절차】

- ① 지정대리청구인은 제25조(지정대리청구인에 의한 보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제21조(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.

제25조 【지정대리청구인에 의한 보험금 등 청구시 구비서류】

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장기요양인정서)
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 7 관 기타사항

제26조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
중증치매진단자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '중증치매 보장개시일'이후에 '중증치매 상태'로 최종 진단 확정되었을 때 (최초 1회한)	1,000만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. '중증치매 보장개시일'은 계약일부터 그 날을 포함하여 만 2년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 만 2년이 지난날의 다음날입니다. 다만, 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 '중증치매 상태'가 발생한 경우에는 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

[별표 2]

재해분류표

- 주계약 약관의 [별표 2]와 동일 -

[별표 3]

장애분류표

- 주계약 약관의 [별표 3]과 동일 -

[별표 4]

**보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제19조 제2항 관련)**

구 분	적립기간	적립이율
중증치매진단자금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제19조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 3. 가산이율 적용시 제8조(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.

암직접치료통원특약

| 무배당 |

약관



목 차

제 1관 목적 및 용어의 정의	169
제1조 목적	169
제2조 용어의 정의	169
제 2관 보험금의 지급	169
제3조 ‘암’ 등의 정의 및 진단 확정	169
제4조 ‘제자리암’, ‘경계성종양’의 정의 및 진단 확정	170
제5조 ‘6대암’의 정의 및 진단 확정	170
제6조 ‘통원’의 정의와 장소	171
제7조 보험금의 지급사유	171
제8조 보험금 지급에 관한 세부규정	171
제9조 보험금을 지급하지 않는 사유	172
제10조 보험금의 청구	172
제11조 보험금의 지급절차	173
제 3관 특약의 성립과 유지	173
제12조 특약의 성립 및 소멸	173
제13조 특약의 무효	174
제14조 회사의 보장개시	174
제15조 피보험자의 범위	174
제16조 특약내용의 변경 등	174
제17조 특약의 보험기간	174
제 4관 보험료의 납입	174
제18조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입	174
제19조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지	174
제20조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)	175

제 5관 특약의 해지 및 해지환급금 등	175
제21조 계약자의 임의해지	175
제22조 해지환급금	175
제23조 배당금의 지급	175
제 6관 기타사항	175
제24조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용	175
별표 ① 보험금 지급기준표	176
별표 ② 재해분류표	176
별표 ③ 장애분류표	176
별표 ④ 대상이 되는 악성신생물 분류표 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)	177
별표 ⑤ 제자리의 신생물 분류표	178
별표 ⑥ 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	178
별표 ⑦ 6대암 분류표	179
별표 ⑧ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	180

암직접치료통원특약 | 무배당 약관

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

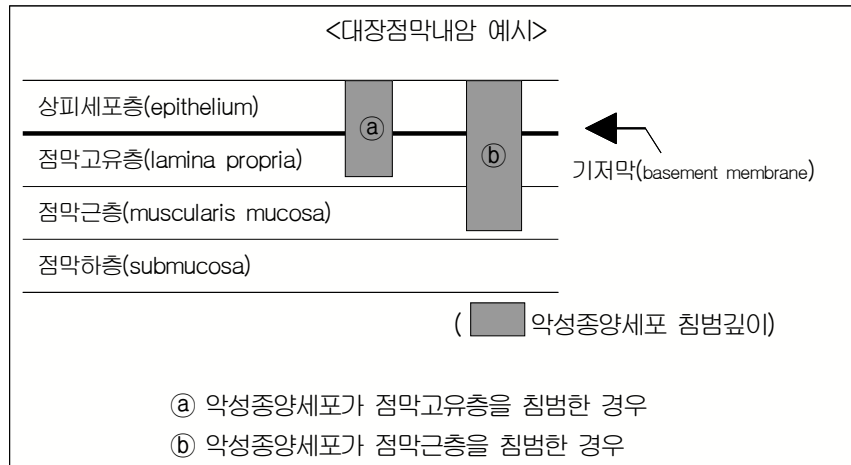
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해 : [별표 2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애 : [별표 3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
2. 암 보장개시일 : 계약일(부활(효력회복)을 청약한 날)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘암’은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표 4] ‘대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)’에서 정한 질병을 말합니다. 다만, ‘기타피부의 악성신생물(분류번호 C44)’, ‘갑상선의 악성신생물(분류번호 C73)’, ‘제4항에서 정의한 ‘대장점막내암’ 및 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 ‘기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 ‘갑상선의 악성신생물(분류번호 C73)’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 ‘대장점막내암’이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장의 악성신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 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.



- ⑤ ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피부형자가 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑥ ‘대장점막내암’의 진단확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 위에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피부형자가 ‘대장점막내암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

유의사항

한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침’에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[약관용어 설명]

- **한국표준질병·사인분류** : 국민의 보건의료 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류표 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것

제4조 【‘제자리암’, ‘경계성종양’의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘제자리암’은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표 5] ‘제자리의 신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘경계성종양’은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표 6] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피부형자가 ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 【‘6대암’의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘6대암’은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표 7] ‘6대암 분류표’에서 정한 위암, 간암, 폐암, 뼈암,

뇌암 및 백혈병 등을 말합니다.

- ② '6대암'의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '6대암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조 【'통원'의 정의와 장소】

이 특약에서 '통원'은 의사가 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '암', '기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암' 및 제4조('제자리암', '경계성종양'의 정의 및 진단 확정)에 의한 '제자리암' 및 '경계성종양'의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원에 입실하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

[의료법 제3조(의료기관)]

- ① 이 법에서 '의료기관'이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 '의료업'이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 - 1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 - 2. 조산원 : 조산사가 조산과 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」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제7조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금([별표 1] '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

- 1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '암보장개시일' 이후에 '암'으로 진단이 확정되고 그 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때 : 암직접치료통원급여금(1)
- 2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단이 확정되고 그 '기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암' 또는 '경계성종양'의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때 : 암직접치료통원급여금(2)

제8조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 '암보장개시일' 이후에 '암'('6대암' 포함, '기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암' 및 '경계성종양' 제외)으로 진단이 확정되거나 장애분류표([별표3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 장애지급률이 50% 이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 '주계약'이라

합니다)의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

- ② 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해 분류표([별표 3] 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 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.
- ④ 제1항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표([별표 3] 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑤ 제1항에서 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.
- ⑥ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표([별표 3] 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 제1항 및 제6항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 장해분류표([별표 3] 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표([별표 3] 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- 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 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제1항의 보험료 납입면제 중 해당 질병으로 인한 보험료 납입면제는 적용하지 않습니다.
- ⑪ 제10항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑫ 제11항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑬ 제20조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제11항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑭ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 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

제10조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 통원치료확인서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 8] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제14항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)의 위반과 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.

【약관용어 설명】

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

제 3관 특약의 성립과 유지

제12조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
- ③ 제2항 제2호 ‘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 사망연월일을 기준으로 합니다.

제13조 【특약의 무효】

이 특약의 피보험자가 계약일부터 제2조(용어의 정의) 제2호 및 제14조(회사의 보장개시) 제2항에서 정한 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제14조 【회사의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호에 규정한 ‘암보장개시일’로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

제15조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(주계약의 피보험자가 2인 이상일 경우에는 주피보험자)로 합니다.

제16조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ④ 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.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우 환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 【특약의 보험기간】

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

제 4 관 보험료의 납입

제18조 【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 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

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

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.

- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 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)
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조 【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 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제19조(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) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제14조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제21조 【계약자의 임의해지】

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

제22조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 8] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제23조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 6 관 기타사항

제24조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
암직접치료 통원급여금(1)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때	통원 1회당 6대암 : 5만원 6대암 이외의 암: 2만원
암직접치료 통원급여금(2)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때	통원 1회당 2만원

- 주) 1. 이 특약에서 ‘6대암’은 한국표준질병·사인분류 중 ‘6대암 분류표([별표 7] 참조)’에서 정한 위암, 간암, 폐암, 췌암, 뇌암 및 백혈병 등을 말합니다.
 2. 이 특약에서 ‘암’이란 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암을 제외한 암을 의미합니다.
 3. 이 특약의 ‘암보장개시일’은 계약일(부활(효력회복)을 청약한 날)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 말합니다.
 4. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 ‘암보장개시일’ 이후 암(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
 5. 이 특약의 피보험자가 보험계약일부터 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.

[별표 2]

재해분류표

- 주계약 약관의 [별표 2]와 동일 -

[별표 3]

장해분류표

- 주계약 약관의 [별표 3]과 동일 -

[별표 4]

대상이 되는 악성신생물 분류표
(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

이 약관에서 규정하는 ‘암’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
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26 ^{주3)}
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	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 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69-C72
12. 부신의 악성신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	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 위의 질병 이외에 추가로 위의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 원발성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
3. '소화기관의 악성신생물(C15~C26)'의 경우 이 계약 제3조('암' 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 제외됩니다.

[별표 5]

제자리의 신생물 분류표

이 약관에서 규정하는 ‘제자리의 신생물’로 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
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리 흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

주) 1. 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 위의 질병 이외에 추가로 위의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표 6]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

이 약관에서 규정하는 ‘경계성종양’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
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물 ^{주)2}	D47 (D47.1, D47.3,D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주) 1. 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 위의 질병 이외에 추가로 위의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 만성 골수증식 질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수성유증(D47.4), 만성호산구성 백혈병(과호산증후군)(D47.5)은 '9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물'에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

[별표 7]

6대암 분류표

이 약관에 규정하는 '6대암'으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 해당되는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 위의 악성신생물	C16
2. 간의 악성신생물	
- 간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
- 담낭의 악성신생물	C23
- 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물	C24
3. 폐의 악성신생물	
- 기관의 악성신생물	C33
- 기관지 및 폐의 악성신생물	C34
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물	C41
5. 뇌 및 중추신경계의 기타 부분의 악성신생물	
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추신경계의 기타부위의 악성신생물	C72
6. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
- 호지킨 림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	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 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

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

[별표 8]

**보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제22조 제2항 관련)**

구 분	적립기간	적립이율
암직접치료 통원급여금(1),(2) (제7조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 3. 가산이율 적용시 제11조(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.

디보장특약

| 무배당 |

약관



목 차

제 1관 목적 및 용어의 정의	185
제1조 목적	185
제2조 용어의 정의	185
제 2관 보험금의 지급	185
제3조 ‘중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)’의 정의 및 진단확정	185
제4조 ‘중대한 질병’ 및 ‘중대한 수술’의 정의 및 진단확정	186
제5조 보험금의 지급사유	186
제6조 보험금 지급에 관한 세부규정	186
제7조 보험금을 지급하지 않는 사유	187
제8조 보험금의 청구	187
제9조 보험금의 지급절차	188
제 3관 특약의 성립과 유지	189
제10조 특약의 성립 및 소멸	189
제11조 회사의 보장개시	189
제12조 피보험자의 범위	189
제13조 특약내용의 변경 등	189
제14조 특약의 보험기간	189
제 4관 보험료의 납입	189
제15조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입	189
제16조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지	190
제17조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)	190
제 5관 특약의 해지 및 해지환급금 등	190
제18조 계약자의 임의해지	190
제19조 해지환급금	190
제20조 배당금의 지급	190

제 6관 | 기타사항 191

제21조 주계약 약관 및 단체취급특약의 규정의 준용		191
별표 ① 보험금 지급기준표		192
별표 ② 재해분류표		192
별표 ③ 장애분류표		192
별표 ④ '중대한 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)' 의 정의		193
별표 ⑤ '중대한 질병' 의 정의		193
별표 ⑥ '중대한 수술' 의 정의		195
별표 ⑦ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산		196

디보장특약 | 무배당 약관

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 '특약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해 : [별표 2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애 : [별표 3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
2. 중대한 질병 및 수술 보장개시일: 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【'중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)'의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 '중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)'은 '중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)'의 정의([별표 4] 참조)에서 정한 '중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)'을 말합니다.
- ② '중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(이하 '의료기관'이라 합니다)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 해당 분야의 의사(한 의사, 치과의사 제외)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

[의료법 제3조 (의료기관)]

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원 : 조산사가 조산과 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」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 종합병원

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

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제4조 【‘중대한 질병’ 및 ‘중대한 수술’의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘중대한 질병’은 ‘중대한 질병의 정의([별표 5] 참조)’에서 정한 ‘말기신부전증’, ‘말기간질환’, ‘말기폐질환’, ‘중증재생불량성빈혈’, ‘루게릭병’을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘중대한 수술’은 ‘중대한 수술의 정의([별표 6] 참조)’에서 정한 ‘5대장기이식수술’, ‘관상동맥우회술’, ‘대동맥인조혈관치환수술’, ‘심장판막개심술’을 말합니다.
- ③ ‘중대한 질병’ 중 ‘말기신부전증’은 의료기관에서 해당 분야의 의사(한의사, 치과의사 제외)가 작성한 검사결과, 소견서 또는 진료기록 등에 보존요법으로는 치료가 불가능하여 혈액투석이나 복막투석을 받고 있거나 받은 내역이 포함되어 있는 경우 ‘말기신부전증’으로 진단 확정합니다.
- ④ ‘중대한 질병’ 중 ‘말기간질환’은 의료기관에서 해당 분야의 의사(한의사, 치과의사 제외)가 작성한 검사결과, 소견서 또는 진료기록 등에 영구적인 황달, 복수, 뇌병증의 3가지 특징을 모두 보이는 상태라는 의사의 소견이 있는 경우 ‘말기간질환’으로 진단 확정합니다.
- ⑤ ‘중대한 질병’ 중 ‘말기폐질환’의 진단확정은 의료기관에서 해당 분야의 의사(한의사, 치과의사 제외)에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 정기적인 폐기능검사, 흉부X선검사, 동맥혈가스분석검사 등의 검사 결과, 소견서, 진료기록 등으로 확인가능하여야 합니다.
- ⑥ ‘중대한 질병’ 중 ‘중증재생불량성빈혈’, ‘루게릭병’ 진단확정은 의료기관에서 해당 분야의 의사(한의사, 치과의사 제외)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제5조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)’으로 진단 확정 되었을 때 또는 ‘중대한 질병 및 수술 보장개시일’ 이후에 ‘중대한 질병(말기신부전증, 말기간질환, 말기폐질환, 중증재생불량성빈혈, 루게릭병)’으로 진단 확정되거나 ‘중대한 수술(5대장기이식수술, 관상동맥우회술, 대동맥인조혈관치환수술, 심장판막개심술)’을 받을 때에는 보험수익자에게 C보험금([별표1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다(다만, C보험금은 ‘중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)’, ‘중대한 질병’ 또는 ‘중대한 수술’ 중 최초 1회에 한하여 지급합니다).

제6조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제5조(보험금의 지급사유)에서 계약일부터 1년 미만에 C보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 C보험금(중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)은 제외)의 50%를 지급합니다.
- ② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 ‘중대한 질병’을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 C보험금을 지급합니다. 다만, 중대한 질병 및 수술 보장개시일 전일 이전에 ‘중대한 질병’으로 진단이 확정된 경우에는 진단자금을 지급하지 않습니다.
- ③ 계약자는 피보험자가 ‘중대한 질병 및 수술 보장개시일’ 이전에 ‘중대한 질병’으로 진단 확정 받거나 ‘중대한 수술’을 받을 경우에는 진단일(또는 수술일)부터 그날을 포함하여 90일 이내에 이 특약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
- ④ 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ⑤ 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표([별표 3] 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에 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 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

- ⑦ 제4항에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표([별표 3] 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑧ 제4항에서 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.
- ⑨ 제4항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 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.
- ⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표([별표 3] 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
다만, 장애분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑪ 제4항 및 제9항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑫ 장애분류표([별표 3] 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표([별표 3] 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 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제4항의 보험료 납입면제 중 해당 질병과 관련한 납입면제를 적용하지 않습니다.
- ⑭ 제13항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑮ 제14항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑯ 제17조(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 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

- 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 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

제8조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 수술확인서, 사망진단서 등)
 - 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 - 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 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% 상당액을 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 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. 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제17항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)의 위반과 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.

【 약관용어 설명 】

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

제3관 특약의 성립과 유지

제10조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
 3. 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생하지 않을 경우
- ③ 제2항 제2호 ‘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 사망연월일을 기준으로 합니다.

제11조 【회사의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제5조(보험금의 지급사유)의 C보험금(단, 제3조(‘중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)’의 정의 및 진단확정)에서 정한 중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)에 의한 경우는 제외)의 보장개시일은 ‘중대한 질병 및 수술 보장개시일’로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관에 따라 보장합니다.

제12조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(주계약의 피보험자가 2인 이상일 경우에는 주피보험자)로 합니다.

제13조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우 환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 【특약의 보험기간】

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

제4관 보험료의 납입

제15조 【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 동일합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

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

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 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)
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조 【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 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제16조(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) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제11조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제18조 【계약자의 임의해지】

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

제19조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 7]‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제20조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 6 관 기타사항

제21조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
이보험금	<p>피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)’으로 진단확정을 받은 경우 또는 ‘중대한 질병 및 수술 보장개시일’ 이후에 ‘중대한 질병’으로 진단확정되거나 ‘중대한 수술’을 받았을 때 (다만, ‘중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)’, ‘중대한 질병’ 또는 ‘중대한 수술’ 중 최초 1회에 한하여 지급)</p> <p>※ ‘중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)’은 1년 미만에 발생한 경우라도 1,000만원을 지급합니다.</p>	<p>1,000만원 (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유 발생시 50% 감액 지급)</p>

- 주) 1. 계약일부터 1년 미만에 이보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 이보험금(중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)은 제외)의 50%를 지급합니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
3. ‘중대한 질병 및 수술 보장개시일’은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
4. ‘중대한 질병’이란 말기신부전증, 말기간질환, 말기폐질환, 중증재생불량성빈혈, 루게릭병을 의미합니다.
5. ‘중대한 수술’이란 5대장기이식수술, 관상동맥우회술, 대동맥인조혈관치환수술, 심장판막개심술을 의미합니다.

[별표 2]

재해분류표

- 주계약 약관의 [별표 2]와 동일 -

[별표 3]

장해분류표

- 주계약 약관의 [별표 3]과 동일 -

[별표 4]

‘중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)’의 정의

이 약관에서 정의하는 ‘중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)’이라 함은 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)이 ‘9의 법칙(Rule of 9’s)’ 또는 ‘룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder Body Surface Chart)’에 의해 측정된 신체표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)을 입은 경우를 말하며, 다만, ‘9의 법칙(Rule of 9’s)’ 또는 ‘룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder Body Surface Chart)’ 측정법 처럼 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

[별표 5]

‘중대한 질병’의 정의

1. 말기신부전증(End Stage Renal Disease)

이 약관에서 정의하는 ‘말기신부전증’이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적인 기능 부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease)으로서 보존 요법으로는 치료가 불가능하여 혈액투석이나 복막투석을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증에서 제외 합니다.

2. 말기간질환(End Stage Liver Disease)

이 약관에서 정의하는 ‘말기간질환’이라 함은 간경변증을 일으키는 말기의 간질환을 말하며, 다음의 3가지 특징을 모두 보여야 합니다.

- 가. 영구적인 황달(jaundice)
- 나. 복수(ascites)
- 다. 간성뇌병증(hepatic encephalopathy)

3. 말기폐질환(End Stage Lung Disease)

이 약관에서 정의하는 ‘말기폐질환’이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류표 중 [불임] ‘폐질환분류표’에 해당하는 폐질환 중 만성호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황으로서 다음의 2가지 특징을 모두 보여야 합니다.

- 가. 저산소증으로 인하여 영구적인 산소공급 치료를 요구
 - 나. 폐기능 검사에서 1초간 노력성 호기량(FEV1)이 정상예측치의 25% 이하
- ※ FEV1(Forced Expiratory Volume in 1 second) : 1초에 최대호기할 수 있는 폐기량

[붙임]

〈폐질환 분류표〉

이 약관에서 정의하는 “폐질환”은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상 질병명	분류번호
인플루엔자 및 폐렴	J09-J18
기타 급성 하기도감염	J20-J22
만성 하부호흡기질환	J40-J47
외부요인에 의한 폐질환	J60-J70
주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80-J84
하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85-J86
흉막의 기타 질환	J90-J94
호흡계통의 기타 질환	J95-J99
거대세포바이러스폐렴	B25.0
폐렴이 합병된 흉역	B05.2
수두폐렴	B01.2
폐톡소포자충증	B58.3
류마티스 폐질환	M05.1

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

4. 중증재생불량성빈혈

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘중증 재생불량성 빈혈’이라 함은 D61(기타 무형성 빈혈)에 해당되는 질환으로, 골수부전의 치료를 위해 지속적으로 수혈, 골수조혈촉진인자, 면역억제제 중 1항목 이상의 치료를 받아 왔거나, 골수이식수술 또는 조혈모세포이식수술을 필요로 하는 ‘비가역적인 중증 재생불량성 빈혈’만을 대상으로 합니다. 따라서, 일시적이거나 가역적인 재생불량성 빈혈, 중증이 아닌 재생불량성 빈혈은 보장에서 제외합니다.
- ② 제1항의 ‘비가역적인 중증 재생불량성 빈혈’이라 함은 골수천자검사상 세포 총실도가 25% 이하(또는 세포총실도가 30%이하이더라도 조혈기능을 갖는 세포가 25% ~ 50% 이하)인 동시에 말초혈액 검사상 다음 3항목 중 2항목 이상을 충족해야 하며, 각 검사결과와 판독은 혈액학 또는 병리학 분야의 전문의사에 의해 시행되어야 합니다.
 - 가. 절대호중구수 : 500/ μ L 미만
 - 나. 혈소판 : 20,000/ μ L 미만
 - 다. 교정망상적혈구수 : 1% 미만
- ③ ‘중증 재생불량성 빈혈’의 진단확정은 혈액학 분야의 전문 의사가 작성한 문서화된 진료기록 및 골수조직검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

5. 루게릭병

이 약관에서 정의하는 ‘루게릭병(근위축측삭경화증, Amyotrophic lateral sclerosis)’으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
가족성 근위축측삭경화증	G12.20
산발형 근위축측삭경화증	G12.21

주) 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 위의 질병 이외에 추가로 위의 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

‘중대한 수술’의 정의

1. 5대장기이식수술

이 약관에서 정의하는 ‘5대장기이식수술’이라 함은 5대 장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련 법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에서 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부 장기를 적출하여 장기부전상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스 소도세포 이식수술은 보장에서 제외합니다.

2. 관상동맥우회술(Coronary Artery Bypass Graft, CABG)

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘관상동맥(심장동맥) 우회술(Coronary Artery Bypass Graft)’이라 함은 관상동맥(심장동맥) 질환(Coronary Artery Disease)의 근본적인 치료를 직접 목적으로 하여 개흉술을 한 후 대복재정맥(Great Saphenous Vein), 내유동맥(internal mammary artery)등의 자가우회도관을 협착이 있는 부위보다 원위부(遠位部)의 관상동맥(심장동맥)에 연결하여 주는 수술을 말합니다.
- ② 그러나 카테터를 이용한 수술이나 개흉술을 동반하지 않는 수술은 모두 보장에서 제외합니다.
예) 관상동맥(심장동맥)성형술(Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, PTCA), 스텐트삽입술(Coronary Stent), 회전축상반절제술 (Rotational Atherectomy) 등

3. 대동맥인조혈관치환수술(Aorta Graft Surgery)

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘대동맥인조혈관치환수술(Aorta Graft Surgery)’이라 함은 보험기간 중 발병한 대동맥의 근본적인 치료를 직접 목적으로 하여 개흉술 또는 개복술을 한 후 반드시 대동맥 병소를 절제하고 인조혈관으로 치환하는 두가지 수술을 해주는 것을 의미합니다.
- ② 여기서 ‘대동맥’이라 함은 흉부 또는 복부 대동맥을 말하는 것으로 대동맥의 분지(branch)동맥들은 제외됩니다.
- ③ 단, 카테터를 이용하여 수술하는 경우는 보장에서 제외합니다. 예) 경피적혈 관내대동맥류수술(percutaneous endovascular aneurysm repair)

4. 심장판막개심술(Heart Valve Surgery)

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘심장판막개심술(Heart Valve Surgery)’이라 함은 보험기간 중 발병한 심장판막질환의 근본적인 치료를 직접 목적으로 하여 다음의 두 가지 기준 중 한 가지 이상에 해당하는 경우를 말합니다.
가. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막을 완전히 제거한 뒤에 인공 심장판막 또는 생체판막으로 치환하여 주는 수술
나. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막에 대해 판막성형술(Valvuloplasty)을 해주는 수술
- ② 그러나, 다음과 같은 수술은 보장에서 제외합니다.
가. 카테터를 이용하여 수술하는 경우
(예, 경피(피부를 통한)적 판막성형술(percutaneous valvuloplasty))
나. 개흉술 및 개심술을 동반하지 않는 수술

[별표 7]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제19조 제2항 관련)

구분	적립기간	적립이율
C 보험금 (제5조)	지급기일의 다음날부터 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 (제19조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 3. 가산이율 적용시 제9조(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 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

장기간병보장특약

|무배당

약관



목 차

제 1관 목적 및 용어의 정의	201
제1조 목적	201
제2조 용어의 정의	201
제 2관 보험금의 지급	201
제3조 ‘장기요양상태’ 의 정의 및 진단 확정	201
제4조 보험금의 지급사유	201
제5조 법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경	201
제6조 보험금 지급에 관한 세부규정	202
제7조 보험금을 지급하지 않는 사유	202
제8조 보험금의 청구	203
제9조 보험금의 지급절차	203
제10조 보험금 받는 방법의 변경	204
제 3관 특약의 성립과 유지	204
제11조 특약의 성립 및 소멸	204
제12조 회사의 보장개시	204
제13조 피보험자의 범위	204
제14조 특약의 무효	204
제15조 특약내용의 변경 등	204
제16조 특약의 보험기간	205
제 4관 보험료의 납입	205
제17조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입	205
제18조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고 (독촉)와 특약의 해지	205
제19조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)	205

제 5관 특약의 해지 및 해지환급금 등	205
제20조 계약자의 임의해지	205
제21조 해지환급금	206
제22조 배당금의 지급	206
제 6관 지정대리청구에 관한 사항	206
제23조 적용대상	206
제24조 지정대리청구인의 지정	206
제25조 지정대리청구인의 변경지정	206
제26조 지정대리청구인에 의한 보험금 지급 등의 절차	206
제27조 지정대리청구인에 의한 보험금 등 청구시 구비서류	206
제 7관 기타사항	207
제28조 주계약 약관 및 단체취급특약의 규정의 준용	207
별표 ① 보험금 지급기준표	208
별표 ② 재해분류표	208
별표 ③ 장애분류표	208
별표 ④ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	209

장기간병보장특약 | 무배당 약관

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해 : [별표 2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애 : [별표 3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
2. 장기요양상태 보장개시일: 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다. 다만, 재해를 직접적인 원인으로 ‘장기요양상태’가 발생한 경우 이 특약의 계약일(부활(효력회복)일)을 ‘장기요양상태 보장개시일’로 합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘장기요양상태’의 정의 및 진단 확정】

이 특약에서 ‘장기요양상태’라 함은 「만65세 이상 노인」 또는 「노인성 질병을 가진 만65세 미만의 자」로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요하다고 판단되어 노인장기요양보험법에 따라 등급판정위원회에서 장기요양 1등급 또는 2등급으로 판정받은 경우를 말합니다. 다만, 노인성 질병이라 함은 치매, 뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 질병을 말합니다.

제4조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘장기요양상태 보장개시일’ 이후에 최초의 ‘장기요양상태’로 진단 확정되었을 때에는 보험수익자에게 장기간병보험금([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제5조 【법령 등의 개정에 따른 특약내용의 변경】

- ① 제3조(‘장기요양상태’의 정의 및 진단 확정)에 의한 ‘장기요양상태’의 판정기준(이하 ‘장기요양상태 판정기준’이라 합니다)이 「노인장기요양보험법」 및 관련 법령(이하 ‘법령’이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양상태 판정시점의 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약 내용에 상응하는 “장기요양상태”와 관련된 새로운 보장내용으로 이 계약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 장기요양상태 판정기준이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 장기요양상태 판정기준의 변경으로 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우

예시) 장기요양상태 판정기준이 현행 1~5등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알려드립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 이 특약의 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표([별표 3] 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 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.
- ④ 제1항에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표([별표 3] 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑤ 제1항에서 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.
- ⑥ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 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.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표([별표 3] 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 제1항 및 제6항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 장애분류표([별표 3] 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표([별표 3] 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- 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 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제1항의 보험료 납입면제 중 해당 질병과 관련한 납입면제를 적용하지 않습니다.
- ⑪ 제10항에도 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.
- ⑫ 제11항의 '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.
- 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 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험

료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 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

제8조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(장기요양인정서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 4] '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 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(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. 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제14항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)의 위반과 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급사유에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

제10조 【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 장기간병보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단 위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제11조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
 3. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생하지 않을 경우
- ③ 제2항 제2호 ‘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 사망연월일을 기준으로 합니다.

제12조 【회사의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제4조(보험금의 지급사유)의 ‘장기간병상태’에 대한 보장개시일은 ‘장기요양상태 보장개시일’로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관에 따라 보장합니다. 다만, 재해를 직접적인 원인으로 ‘장기요양상태’가 발생한 경우에는 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제13조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(주계약의 피보험자가 2인 이상일 경우에는 주피보험자)로 합니다.

제14조 【특약의 무효】

이 특약의 피보험자가 계약일부터 ‘장기요양상태 보장개시일’ 전일 이전에 제3조(‘장기요양상태’의 정의 및 진단 확정)에서 정한 장기요양상태가 발생하고 그 이후에 최종 진단확정되는 경우 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 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 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우 환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.

⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 【특약의 보험기간】

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

제 4 관 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 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제18조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 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)
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(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 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 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) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제12조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제20조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제21조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 4] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제22조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 6관 지정대리청구에 관한 사항

제23조 【적용대상】

이 특약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제24조 【지정대리청구인의 지정】

- ① 계약자는 특약체결시 또는 특약체결 이후 피보험자의 70세 계약해당일 이전(또는 특약체결 이후 2년 이내)에 다음 각 호의 1에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, ‘지정대리청구인’이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제25조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호 중 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제23조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제25조 【지정대리청구인의 변경지정】

계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 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)

제26조 【지정대리청구인에 의한 보험금 지급 등의 절차】

- ① 지정대리청구인은 제27조(지정대리청구인에 의한 보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제23조(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.

제27조 【지정대리청구인에 의한 보험금 등 청구시 구비서류】

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장기요양인정서)
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 7관 기타사항

제28조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
장기간병보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '장기요양상태 보장개시일'이후에 '장기요양상태'로 최종 진단 확정되었을 때 (최초 1회한)	1,000만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. '장기요양상태 보장개시일'은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 재해를 직접적인 원인으로 '장기요양상태'가 발생한 경우에는 주계약의 보장개시일을 장기요양상태 보장개시일로 합니다.
3. '장기요양상태'라 함은 '만65세 이상 노인' 또는 '노인성 질병을 가진 만65세 미만의 자'로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요하다고 판단되어 노인장기요양보험법에 따라 등급판정위원회에서 장기요양 1등급 또는 장기요양 2등급으로 판정받은 경우를 말합니다.
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하거나 '장기간병보험금'의 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

[별표 2]

재해분류표

- 주계약 약관의 [별표 2]와 동일 -

[별표 3]

장애분류표

- 주계약 약관의 [별표 3]과 동일 -

[별표 4]

**보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제21조 제2항 관련)**

구 분	적립기간	적립이율
장기간병보험금 (제4조)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해지환급금 (제21조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 3. 가산이율 적용시 제9조(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 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

장기간병연금특약

|무배당

약관



목 차

제 1관 목적 및 용어의 정의	215
제1조 목적	215
제2조 용어의 정의	215
제 2관 보험금의 지급	215
제3조 ‘장기요양상태’ 의 정의 및 진단확정	215
제4조 보험금의 지급사유	215
제5조 법령 등의 개정에 따른 특약내용의 변경	215
제6조 보험금 지급에 관한 세부규정	216
제7조 보험금을 지급하지 않는 사유	217
제8조 보험금의 청구	217
제9조 보험금의 지급절차	217
제10조 보험금 받는 방법의 변경	218
제 3관 특약의 성립과 유지	218
제11조 특약의 성립 및 소멸	218
제12조 회사의 보장개시	218
제13조 피보험자의 범위	218
제14조 특약의 무효	218
제15조 특약내용의 변경 등	218
제16조 특약의 보험기간	219
제 4관 보험료의 납입	219
제17조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입	219
제18조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고 (독촉)와 특약의 해지	219
제19조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)	219

제 5관 특약의 해지 및 해지환급금 등	220
제20조 계약자의 임의해지	220
제21조 해지환급금	220
제22조 배당금의 지급	220
제 6관 지정대리청구에 관한 사항	220
제23조 적용대상	220
제24조 지정대리청구인의 지정	220
제25조 지정대리청구인의 변경지정	220
제26조 지정대리청구인에 의한 보험금 지급 등의 절차	220
제27조 지정대리청구인에 의한 보험금 등 청구시 구비서류	221
제 7관 기타사항	221
제28조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용	221
별표 ① 보험금 지급기준표	222
별표 ② 재해분류표	222
별표 ③ 장해분류표	222
별표 ④ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	223

장기간병연금특약 | 무배당 약관

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해 : [별표 2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애 : [별표 3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
2. 장기요양상태 보장개시일 : 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다. 다만, 재해를 직접적인 원인으로 ‘장기요양상태’가 발생한 경우 이 특약의 계약일(부활(효력회복)일)을 ‘장기요양상태 보장개시일’로 합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘장기요양상태’의 정의 및 진단 확정】

이 특약에서 ‘장기요양상태’라 함은 「만65세 이상 노인」 또는 「노인성 질병을 가진 만65세 미만의 자」로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요하다고 판단되어 노인장기요양보험법에 따라 등급판정위원회에서 장기요양 1등급 또는 2등급으로 판정받은 경우를 말합니다. 다만, 노인성 질병이라 함은 치매, 뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 질병을 말합니다.

제4조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘장기요양상태 보장개시일’ 이후에 최초의 ‘장기요양상태’로 진단 확정되었을 때에는 보험수익자에게 장기간병연금([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제5조 【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

- ① 제3조(‘장기요양상태’의 정의 및 진단 확정)에 의한 ‘장기요양상태’의 판정기준(이하 ‘장기요양상태 판정기준’이라 합니다)이 「노인장기요양보험법」 및 관련 법령(이하 ‘법령’이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양상태 판정시점의 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약 내용에 상응하는 “장기요양상태”와 관련된 새로운 보장내용으로 이 계약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 장기요양상태 판정기준이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 장기요양상태 판정기준의 변경으로 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우

예시) 장기요양상태 판정기준이 현행 1~5등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알려드립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 이 특약의 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 장기간병연금은 매월 보험금 지급사유 발생일(이하 “지급해당일”이라 함)에 지급합니다. 다만, 해당 월에 지급해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 지급해당일로 봅니다.
- ② 회사는 제4조(보험금의 지급사유)의 제2회 이후 장기간병연금의 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 [별표 4] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표([별표 3] 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 제5항에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표([별표 3] 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제3항에서 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.
- ⑧ 제3항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 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 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표([별표 3] 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 제3항 및 제8항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑪ 장애분류표([별표 3] 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표([별표 3] 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 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제3항의 보험료 납입면제 중 해당 질병과 관련한 납입면제를 적용하지 않습니다.
- 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 면제되는 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 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께

제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 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

제8조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(장기요양인정서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 4] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 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. 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제16항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)의 위반과 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.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

제10조 【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 장기간병연금의 전부 또는 일부에 대하여 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제11조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
- ③ 제2항 제2호 ‘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 사망연월일을 기준으로 합니다.

제12조 【회사의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제4조(보험금의 지급사유)의 장기간병연금의 보장개시일은 ‘장기요양상태 보장개시일’로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관에 따라 보장합니다. 다만, 재해를 직접적인 원인으로 ‘장기요양상태’가 발생한 경우에는 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제13조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(주계약의 피보험자가 2인 이상일 경우에는 주피보험자)로 합니다.

제14조 【특약의 무효】

이 특약의 피보험자가 계약일부터 장기요양상태 보장개시일 전일 이전에 제3조(‘장기요양상태’의 정의 및 진단 확정)에서 정한 장기요양상태가 발생하고 그 이후에 최종 진단확정되는 경우 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 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 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우 환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 【특약의 보험기간】

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

제4관 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 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제18조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(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 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 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) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제12조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제20조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제21조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 4]‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제22조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 6 관 지정대리청구에 관한 사항

제23조 【적용대상】

이 특약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제24조 【지정대리청구인의 지정】

- ① 계약자는 특약체결시 또는 특약체결 이후 피보험자의 70세 계약해당일 이전(또는 특약체결 이후 2년 이내)에 다음 각 호의 1에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, ‘지정대리청구인’이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제25조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 1에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제23조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제25조 【지정대리청구인의 변경지정】

계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 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)

제26조 【지정대리청구인에 의한 보험금 지급 등의 절차】

- ① 지정대리청구인은 제27조(지정대리청구인에 의한 보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제23조(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.

제27조 【지정대리청구인에 의한 보험금 등 청구시 구비서류】

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장기요양인정서)
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

제7관 기타사항

제28조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	총지급금액	지급기준	가입금액	1회지급액
장기간병연금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '장기요양상태 보장개시일' 이후에 '장기요양상태'로 최종 진단 확정되었을 때 (최초 1회한)	1,200만원	매월 가입금액의 2% X 60회	1,000만원	20만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. '장기요양상태 보장개시일'은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 재해를 직접적인 원인으로 '장기요양상태'가 발생한 경우에는 주계약의 보장개시일을 장기요양상태 보장개시일로 합니다.
3. '장기요양상태'라 함은 '만65세 이상 노인' 또는 '노인성 질병을 가진 만65세 미만의 자'로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요하다고 판단되어 노인장기요양보험법에 따라 등급판정위원회에서 장기요양 1등급 또는 장기요양 2등급으로 판정받은 경우를 말합니다.
4. 장기간병연금의 경우 진단확정일을 포함하여 5년(60회)간 매월 진단확정 해당일에 확정지급합니다. 보험수익자가 '장기간병연금'을 일시금으로 선지급 받기를 원하는 경우에는 확정지급분 중 미지급된 금액을 평균공시이율로 할인하여 지급합니다.
5. 이 특약의 보험기간 중 '장기요양상태 보장개시일' 이후에 '장기요양상태'로 진단확정된 경우에는 이 특약의 보험기간 이후에도 '4'를 적용하여 해당 보험금을 지급합니다.
6. 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당월에 진단확정 해당일이 없는 경우에는 해당월의 말일을 진단확정 해당일로 하여 해당 보험금을 지급합니다.
7. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하거나 '장기간병연금'의 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

[별표 2]

재해분류표

- 주계약 약관의 [별표 2]와 동일 -

[별표 3]

장해분류표

- 주계약 약관의 [별표 3]과 동일 -

[별표 4]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제6조 제2항, 제9조 제2항 및 제21조 제2항 및 관련)

구 분	적립기간	적립이율
제1회 장기간병연금 (제4조)	지급기일의 다음날부터 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 장기간병연금 (약관 제4조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제21조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 3. 제2회 이후 장기간병연금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
 4. 가산이율 적용시 제9조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

특정질병수술 치료특약

| 무배당 |

약관



목 차

제 1관 목적 및 용어의 정의	229
제1조 목적	229
제2조 용어의 정의	229
제 2관 보험금의 지급	229
제3조 '조혈모세포이식수술' 의 정의	229
제4조 '관상동맥(심장동맥)성형술(PTCA)' 의 정의	229
제5조 '양성뇌종양' 의 정의 및 진단확정	229
제6조 '수술' 의 정의와 장소	230
제7조 보험금의 지급사유	230
제8조 보험금 지급에 관한 세부규정	230
제9조 보험금을 지급하지 않는 사유	231
제10조 보험금의 청구	231
제11조 보험금의 지급절차	232
제 3관 특약의 성립과 유지	232
제12조 특약의 성립 및 소멸	232
제13조 회사의 보장개시	233
제14조 피보험자의 범위	233
제15조 특약내용의 변경 등	233
제16조 특약의 보험기간	233
제 4관 보험료의 납입	233
제17조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입	233
제18조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고 (독촉)와 특약의 해지	233
제19조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)	233

제 5관 특약의 해지 및 해지환급금 등	234
제20조 계약자의 임의해지	234
제21조 해지환급금	234
제22조 배당금의 지급	234
제 6관 기타사항	234
제23조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용	234
별표 ❶ 보험금 지급기준표	235
별표 ❷ 재해분류표	235
별표 ❸ 장애분류표	235
별표 ❹ 양성뇌종양 분류표	236
별표 ❺ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	236

특정질병수술치료특약 | 무배당 약관

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 재해 : [별표 2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
2. 장애 : [별표 3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘조혈모세포이식수술’의 정의】

이 특약에서 ‘조혈모세포이식수술’은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생하는 골수부전상태를 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모세포를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

1. ‘동종(allogenic)골수조혈모세포이식’은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수 내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.
2. ‘동종(allogenic)말초조혈모세포이식’은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액 내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
3. ‘자가(autologous)골수조혈모세포이식’은 피보험자의 골수 내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
4. ‘자가(autologous)말초조혈모세포이식’은 피보험자의 말초혈액 내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. ‘제대혈조혈모세포이식’은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈(배꼽의 탯줄의 혈액)내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.

제4조 【‘관상동맥(심장동맥)성형술(PTCA)’의 정의】

이 특약에서 ‘관상동맥(심장동맥)성형술(PTCA)’은 관상동맥(심장동맥) 질환의 근본적인 치료를 직접 목적으로 하여 관상동맥(심장동맥) 우회술(CABG)대신 혈관 카테터를 이용한 관상동맥(심장동맥) 확장술을 말합니다.

[예] 경피(피부를 통한)적 관동맥 풍선확장술(Percutaneous transluminal balloon angioplasty), 스텐트 삽입술(Coronary stent), 회전축 상반절제술(Rotational atherectomy) 등]

제5조 【‘양성뇌종양’의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 ‘양성뇌종양’은 뇌와 척수(뇌막과 척수 수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로 한국표준질병·사인분류 중 ‘양성뇌종양 분류표([별표 4] 참조)’에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 보장에서 제외합니다.

- ② 양성뇌종양의 진단확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검사상 객관적인 이상소견(sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(BrainCT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

제6조 【수술】의 정의와 장소

이 특약에서 ‘수술’은 의사(치과의사 제외)가 양성뇌종양으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 병원이나 의원, 한의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사(치과의사 제외)의 관리하에 기구를 사용하여 생체에 절단(특정부위를 잘라 내는 것), 절제(특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료 효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 단, 흡인(주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(NERVE BLOCK)은 ‘수술’에 포함되지 않습니다.

신의료기술평가위원회

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

[의료법 제54조]

- ① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.
- ② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.
- ③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.
 1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
 2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
 3. 소비자단체에서 추천하는 자
 4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
 5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원
- ④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.
- ⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.
- ⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.
- ⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제7조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금([별표1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 ‘조혈모세포이식수술’을 받았을 때(최초 1회한) : 수술자금(1)
2. 이 특약의 보험기간 중 ‘관상동맥(심장동맥)성형술(PTCA)’을 받았을 때(최초 1회한) : 수술자금(2)
3. 이 특약의 보험기간 중 ‘양성뇌종양’으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 : 수술자금(3)

제8조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애

분류표([별표 3] 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

- ③ 제2항에 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.
- ④ 제1항에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표([별표 3] 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑤ 제1항에서 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.
- ⑥ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 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.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표([별표 3] 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 제1항 및 제6항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 장애분류표([별표 3] 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표([별표 3] 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- 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 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제1항의 보험료 납입면제 중 해당 질병과 관련한 납입면제를 적용하지 않습니다.
- ⑪ 제10항에도 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.
- ⑫ 제11항의 '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.
- 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 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 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

제10조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 수술확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한

의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 5] ‘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 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제14항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)의 위반과 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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.

【 약관용어 설명 】

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

제3관 특약의 성립과 유지

제12조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
- ③ 제2항 제2호 ‘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 사망연월일을 기준으로 합니다.

제13조 【회사의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.

제14조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(주계약의 피보험자가 2인 이상일 경우에는 주피보험자)로 합니다.

제15조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우 환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 【특약의 보험기간】

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

제 4 관 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 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제18조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(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 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
 - ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 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) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
 - ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제20조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제21조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 5]‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제22조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 6 관 기타사항

제23조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
수술자금(1)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '조혈모세포이식수술'을 받았을 때 (최초 1회한)	1,000만원
수술자금(2)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '관상동맥(심장동맥)성형술(PTCA)'을 받았을 때 (최초 1회한)	100만원
수술자금(3)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '양성뇌종양'으로 진단확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때	수술 1회당 300만원

주) 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

[별표 2]

재해분류표

- 주계약 약관의 [별표 2]와 동일 -

[별표 3]

장해분류표

- 주계약 약관의 [별표 3]과 동일 -

[별표 4]

양성뇌종양 분류표

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

분류 항목	분류 번호
1. 수막의 양성신생물	D32
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성신생물	D33
3. 뇌하수체의 양성신생물	D35.2
4. 두개인두관의 양성신생물	D35.3
5. 송과선의 양성신생물	D35.4
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 뇌하수체의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44.3
9. 두개인두관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44.4
10. 송과선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44.5

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

※ 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 보장에서 제외합니다.

[별표 5]

**보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제21조 제2항 관련)**

구 분	적립기간	적립이율
수술자금(1),(2),(3) (제7조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제21조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과 기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 3. 가산이율 적용시 제11조(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.

9대희귀난치질병 치료특약

| 무배당 |

약관



목 차

제 1관 목적 및 용어의 정의	241
제1조 목적	241
제2조 용어의 정의	241
제 2관 보험금의 지급	241
제3조 '9대희귀난치질병' 의 정의 및 진단확정	241
제4조 '수술' 의 정의와 장소	241
제5조 '입원' 의 정의와 장소	242
제6조 보험금의 지급사유	242
제7조 보험금 지급에 관한 세부규정	242
제8조 보험금을 지급하지 않는 사유	243
제9조 보험금의 청구	244
제10조 보험금의 지급절차	244
제 3관 특약의 성립과 유지	244
제11조 특약의 성립 및 소멸	244
제12조 회사의 보장개시	245
제13조 피보험자의 범위	245
제14조 특약내용의 변경 등	245
제15조 특약의 보험기간	245
제 4관 보험료의 납입	245
제16조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입	245
제17조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고 (독촉)와 특약의 해지	245
제18조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)	246

제 5관 특약의 해지 및 해지환급금 등	246
제19조 계약자의 임의해지	246
제20조 해지환급금	246
제21조 배당금의 지급	246
제 6관 기타사항	246
제22조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용	246
별표 ❶ 보험금 지급기준표	247
별표 ❷ 재해분류표	247
별표 ❸ 장애분류표	247
별표 ❹ 9대희귀난치질병 분류표	248
별표 ❺ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	248

9대희귀난치질병치료특약 | 무배당 약관

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 '특약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이 에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 재해 : [별표 2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
2. 장애 : [별표 3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【'9대희귀난치질병' 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에서 '9대희귀난치질병'은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '9대희귀난치질병 분류표'([별표 4] 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 9대희귀난치질병의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 해당 분야의 의사(치과의사 제외)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제4조 【'수술'의 정의와 장소】

이 특약에서 '수술'은 의사(치과의사 제외)가 9대희귀난치질병으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 병원이나 의원, 한의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사(치과의사 제외)의 관리하에 기구를 사용하여 생체에 절단(특정부위를 잘라 내는 것), 절제(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(주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(NERVE BLOCK)은 '수술'에 포함되지 않습니다.

신의료기술평가위원회

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

[의료법 제54조]

- ① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.
- ② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.
- ③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.
 1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
 2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
 3. 소비자단체에서 추천하는 자
 4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자

5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원
- ④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.
 - ⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.
 - ⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.
 - ⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제5조 【‘입원’의 정의와 장소】

이 특약에서 ‘입원’은 의사(치과의사 제외)가 9대희귀난치질병으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사(치과의사 제외)의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

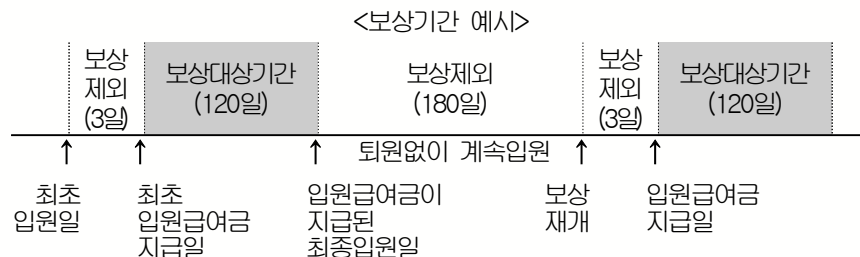
제6조 【보험금의 지급사유】

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

1. 이 특약의 보험기간 중 9대희귀난치질병으로 진단 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 : 9대희귀난치질병 수술자금
2. 이 특약의 보험기간 중 9대희귀난치질병으로 진단 확정되고 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 9대희귀난치질병 입원급여금

제7조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제6조(보험금의 지급사유) 제2호에서 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 9대희귀난치질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ② 제6조(보험금의 지급사유) 제2호에서 9대희귀난치질병 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ③ 제6조(보험금의 지급사유) 제2호에서 피보험자가 동일한 9대희귀난치질병으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제1항 및 제2항을 적용합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 9대희귀난치질병에 의한 입원이라도 9대희귀난치질병 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 9대희귀난치질병 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 9대희귀난치질병 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑤ 제6조(보험금의 지급사유) 제2호에서 피보험자가 9대희귀난치질병 입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 계속 9대희귀난치질병 입원급여금을 지급합니다.
- ⑥ 제6조(보험금의 지급사유) 제2호에서 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 9대희귀난치질병 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6조(보험금의 지급사유) 제1호에서 계약일로부터 1년 미만 9대희귀난치질병 수술자금의 지급사유가 발생한 경우에는 9

대퇴귀난치질병 수술자금의 50%를 지급합니다.

- ⑧ 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ⑨ 제8항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표([별표 3] 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- 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 제8항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표([별표 3] 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑫ 제8항에서 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 제8항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표([별표 3] 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑮ 제8항 및 제13항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑯ 장해분류표([별표 3] 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표([별표 3] 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 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 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제8항의 보험료 납입면제 중 해당 질병과 관련한 납입면제를 적용하지 않습니다.
- ⑱ 제17항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 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.
- ⑲ 제18항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑳ 제18조(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 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 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

제9조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 수술확인서, 입·퇴원확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 5] '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 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 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. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제21항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 청약서상 계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)의 위반과 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급사유에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

제 3관 특약의 성립과 유지

제11조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경

우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
- ③ 제2항 제2호 ‘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 사망연월일을 기준으로 합니다.

제12조 【회사의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.

제13조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(주계약의 피보험자가 2인 이상일 경우에는 주피보험자)로 합니다.

제14조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우 환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조 【특약의 보험기간】

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

제 4 관 보 험 료 의 납 입

제16조 【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 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제17조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 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 납입하

여야 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)
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조 【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 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 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) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제12조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제19조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제20조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 5]‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제21조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 6 관 기타사항

제22조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
9대희귀난치질병 수술자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 9대희귀난치질병의 치료를 직접 목적으로 수술을 받았을 때	수술 1회당 100만원 (단, 계약일부터 1년 미만에 지급사유 발생시 50% 감액 지급)
9대희귀난치질병 입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 9대희귀난치질병의 치료를 직접 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 (1회 입원당 120일 한도)	3일초과 입원일수 1일당 2만원

- 주) 1. 계약일부터 1년 미만에 9대희귀난치질병 수술자금의 지급사유가 발생한 경우에는 9대희귀난치질병 수술자금의 50%를 지급합니다.
 2. 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
 3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
 4. '9대희귀난치질병'이란 '[별표4] 9대희귀난치질병 분류표'에서 정한 질병으로 기타 무형성 빈혈, 파킨슨병, 상세불명의 혈소판감소증, 심근병증, 크론병(국소성 장염), 궤양성 대장염, 전신홍반루푸스, 결합조직의 기타 전신 침범, 운동신경세포병을 말합니다.

[별표 2]

재해분류표

- 주계약 약관의 [별표 2]와 동일 -

[별표 3]

장해분류표

- 주계약 약관의 [별표 3]과 동일 -

[별표 4]

9대희귀난치질병 분류표

이 약관에 규정하는 ‘9대희귀난치질병’으로 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. 기타 무형성 빈혈	D61
2. 파킨슨 병	G20
3. 상세불명의 혈소판감소증	D69.6
4. 심근병증	I42.0-I42.4 (I42.5-I42.9는 보장하지 않음)
5. 크론병(국소성 장염)	K50
6. 궤양성 대장염	K51
7. 전신홍반루푸스	M32
8. 결합조직의 기타 전신 침범	M35.0-M35.7 (M35.8, M35.9는 보장하지 않음)
9. 운동신경세포병	G12.2

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

[별표 5]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제20조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
9대희귀난치질병수술자금 9대희귀난치질병입원급여금 (제6조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제20조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 3. 가산이율 적용시 제10조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

11대성인병 수술특약

| 무배당 |

약관



목 차

제 1관 목적 및 용어의 정의	253
제1조 목적	253
제2조 용어의 정의	253
제 2관 보험금의 지급	253
제3조 '11대성인병' 의 정의 및 진단확정	253
제4조 '수술' 의 정의와 장소	253
제5조 보험금의 지급사유	254
제6조 보험금 지급에 관한 세부규정	254
제7조 보험금을 지급하지 않는 사유	255
제8조 보험금의 청구	255
제9조 보험금의 지급절차	255
제 3관 특약의 성립과 유지	256
제10조 특약의 성립 및 소멸	256
제11조 회사의 보장개시	256
제12조 피보험자의 범위 및 자격의 득실	256
제13조 특약내용의 변경 등	257
제14조 특약의 보험기간	257
제 4관 보험료의 납입	257
제15조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입	257
제16조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고 (독촉)와 특약의 해지	257
제17조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)	257

제 5관 | 특약의 해지 및 해지환급금 등 258

제18조 계약자의 임의해지		258
제19조 해지환급금		258
제20조 배당금의 지급		258

제 6관 | 기타사항 258

제21조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용		258
-----------------------------	--	-----

별표 ① 보험금 지급기준표		259
별표 ② 재해분류표		259
별표 ③ 장해분류표		259
별표 ④ 주요성인병(11대성인병)분류표		260
별표 ⑤ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산		263

11대성인병수술특약 | 무배당 약관

※ 이 특약은 본인형, 배우자형 중에서 계약자의 선택에 의하여 본인형 또는 배우자형의 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용하는 약관이며 약관내용 중 본인형 또는 배우자형에 해당되는 내용만을 적용합니다.
[다만, 내맘같이INH유니버설중신보험(무배당)_1604를 가입하는 경우 이 특약의 본인형만 가입 가능합니다.]

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 재해 : [별표 2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
2. 장애 : [별표 3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘11대성인병’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에서 ‘11대성인병’은 한국표준질병·사인분류 중 ‘주요성인병(11대성인병) 분류표’([별표 4] 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 11대성인병의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 해당분야의 의사(치과의사 제외)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제4조 【‘수술’의 정의와 장소】

이 특약에서 ‘수술’은 의사(치과의사 제외)가 11대성인병으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 병원이나 의원, 한의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사(치과의사 제외)의 관리하에 기구를 사용하여 생체에 절단(특정부위를 잘라 내는 것), 절제(특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료 효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 단, 흡인(주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(NERVE BLOCK)은 ‘수술’에 포함되지 않습니다.

신의료기술평가위원회

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

【의료법 제54조】

- ① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.
- ② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.
- ③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.
 1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자

2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
 3. 소비자단체에서 추천하는 자
 4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
 5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원
- ④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.
- ⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.
- ⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.
- ⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.
- <향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제5조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 11대성인병으로 진단 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때에는 보험수익자에게 11대성인병수술자금([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다. 이때 합병증을 동반한 당뇨병(E10~E14)으로 인한 ‘눈 및 눈부속기’의 수술은 레이저수술을 포함하여 보장합니다.

제6조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제5조(보험금의 지급사유)에서 계약일부터 2년 미만에 11대성인병수술자금의 지급사유가 발생하였을 경우에는 11대성인병수술자금의 50%를 지급합니다.
- ② 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입이 면제된 경우에도 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([별표 3] 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 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 제2항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표([별표 3] 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑥ 제2항에서 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 제2항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표([별표 3] 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제2항 및 제7항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑩ 장해분류표([별표 3] 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표([별표 3] 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑪ 제5조(보험금의 지급사유)에서 합병증을 동반한 당뇨병(E10~E14)으로 인한 ‘눈 및 눈부속기’의 레이저수술의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술자금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

- 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 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제2항의 보험료 납입면제 중 해당 질병과 관련한 납입면제를 적용하지 않습니다.
- 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 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑮ 제17조(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 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 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

제8조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 수술확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 5] '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 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(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. 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제16항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
 - ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)의 위반과 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

제3관 특약의 성립과 유지

제10조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.
- ③ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 - 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 - 2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
- ④ 제3항 제2호 ‘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 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항 제1호에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다른 경우, 주계약의 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때에는 이 특약의 효력이 소멸되지 않습니다.

제11조 【회사의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.

제12조 【피보험자의 범위 및 자격의 득실】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자(주계약의 피보험자가 2인 이상일 경우에는 주피보험자)로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 제19조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 즉시 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항의 규정에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개

월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제13조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우 환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 【특약의 보험기간】

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

제 4 관 보험료의 납입

제15조 【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 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

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

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 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)
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조 【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 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한

것으로 봅니다.

- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제16조(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) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제11조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제18조 【계약자의 임의해지】

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

제19조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 5]‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제20조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 6 관 기타사항

제21조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
11대성인병 수술자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 11대성인병의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때	수술 1회당 100만원 (단, 계약일부터 2년 미만에 지급사유 발생시 50% 감액 지급)

- 주) 1. 계약일부터 2년 미만에 11대성인병수술자금의 지급사유가 발생한 경우에는 11대성인병 수술자금의 50%를 지급합니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
3. '11대성인병'이란 '[별표 4]주요성인병(11대성인병)분류표'에서 정한 질병으로 특정순환계통의 질환, 당뇨병, 바이러스 감염 및 간의 질환, 특정만성하기도질환, 식도·위 및 십이지장의 질환, 갑상선의 장애 및 대사장애, 결핵, 감염성 및 기생충질환의 후유증, 고혈압질환, 뇌혈관질환, 폐렴, 신부전을 말합니다.
4. 합병증을 동반한 당뇨병(E10~E14)으로 인한 '눈 및 눈부속기'의 수술은 레이저수술을 포함하여 보장합니다. 단, '눈 및 눈부속기'의 레이저수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술자금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

[별표2]

재해분류표

- 주계약 약관의 [별표 2]와 동일 -

[별표 3]

장해분류표

- 주계약 약관의 [별표 3]과 동일 -

[별표 4]

주요성인병(11대성인병)분류표

이 약관에 규정하는 ‘주요성인병(11대성인병)’으로 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
특정순환 계통의 질환	심장 침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
	심장 침범이 있는 류마티스열	I01
	류마티스 무도병	I02
	류마티스성 승모판 질환	I05
	류마티스성 대동맥판 질환	I06
	류마티스성 삼첨판 질환	I07
	다발판막질환	I08
	기타 류마티스 심장 질환	I09
	협심증	I20
	급성 심근경색증	I21
	후속 심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	기타 급성 허혈심장 질환	I24
	만성 허혈심장병	I25
	폐 색전증	I26
	기타 폐성 심장질환	I27
	폐혈관의 기타 질환	I28
	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	비류마티스성 승모판 장애	I34
	비류마티스성 대동맥판 장애	I35
	비류마티스성 삼첨판 장애	I36
	폐동맥판 장애	I37
	상세불명 판막의 심내막염	I38
	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막 장애	I39
	급성 심근염	I40
	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
	방실 차단 및 좌각 차단	I44
	기타 전도 장애	I45
	심장정지	I46
	발작성 빈맥	I47
	심방 세동 및 조동	I48
	기타 심장 부정맥	I49
	심부전	I50
	심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애	I52
	칸디다심내막염	B37.6
	수막구균성 심장막염	A39.5
	수막구균성 심내막염	A39.5
	수막구균성 심근염	A39.5
	수막구균성 심장염 NOS	A39.5

대 상 질 병 명		분류번호	
당뇨병	1형 당뇨병	E10	
	2형 당뇨병	E11	
	영양실조-관련 당뇨병	E12	
	기타 명시된 당뇨병	E13	
	상세불명의 당뇨병	E14	
	당뇨병성 단일신경병증	G59.0	
	당뇨병성 다발신경병증	G63.2	
	당뇨병성 백내장	H28.0	
	당뇨병성 망막병증	H36.0	
	당뇨병성 관절병증	M14.2	
	당뇨병에서의 사구체장애	N08.3	
	바이러스 감염 및 간의 질환	급성 A형간염	B15
		급성 B형간염	B16
기타 급성 바이러스간염		B17	
만성 바이러스간염		B18	
상세불명의 바이러스간염		B19	
알콜성 간질환		K70	
독성 간질환		K71	
달리 분류되지 않은 간부전		K72	
달리 분류되지 않은 만성간염		K73	
간의 섬유증 및 경변증		K74	
기타 염증성 간질환		K75	
간의 기타 질환		K76	
달리 분류된 질환에서의 간장애		K77	
거대세포바이러스간염		B25.1	
톡소포자충간염	B58.1		
특정만성 하기도질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40	
	단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41	
	상세불명의 만성 기관지염	J42	
	천식	J45	
	천식지속 상태	J46	
식도, 위 및 십이지장의 질환	위궤양	K25	
	십이지장궤양	K26	
	상세불명 부위의 소화성 궤양	K27	
갑상선의 장애 및 대사장애	선천성 요오드결핍증후군	E00	
	요오드결핍과 관련된 갑상선장애 및 동류의 병태	E01	
	무증상 요오드결핍성 갑상선기능저하증	E02	
	기타 갑상선기능저하증	E03	
	기타 비독성 고이더	E04	
	갑상선독증[갑상선기능항진증]	E05	
	갑상선염	E06	
	갑상선의 기타 장애	E07	
	처치후 갑상선기능저하증	E89.0	
	갑상선이상성 안구돌출	H06.2	
	결핵, 감염성 및 기생충질환의 후유증	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기결핵	A15
세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵		A16	
신경계통의 결핵		A17	
기타 기관의 결핵		A18	
좁쌀 결핵		A19	
결핵의 후유증		B90	
결핵 관절염		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	

대 상 질 병 명		분류번호
고혈압질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장병	I13
	이차성 고혈압	I15
	고혈압성 뇌병증	I67.4
	고혈압성 망막병증	H35.02
뇌혈관질환	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
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
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	거대세포바이러스폐렴	B25.0
	폐렴이 합병된 홍역	B05.2
	수두폐렴	B01.2
	폐톡소포자충증	B58.3
신부전	급성 신부전	N17
	만성 신장병	N18
	상세불명의 신부전	N19

- ※ 당뇨병(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은 「한국표준질병·사인분류」를 참고하거나 당사에 문의하시기 바랍니다)
- ※ 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 위의 질병 이외에 추가로 위의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에도 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표 5]

**보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제19조 제2항 관련)**

구 분	적립기간	적립이율
11대성인병수술자금 (제5조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제19조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 3. 가산이율 적용시 제9조(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.

11대성인병 입원특약

| 무배당 |

약관



목 차

제 1관 목적 및 용어의 정의	269
제1조 목적	269
제2조 용어의 정의	269
제 2관 보험금의 지급	269
제3조 '11대성인병'의 정의 및 진단확정	269
제4조 '입원'의 정의와 장소	269
제5조 보험금의 지급사유	269
제6조 보험금 지급에 관한 세부규정	269
제7조 보험금을 지급하지 않는 사유	271
제8조 보험금의 청구	271
제9조 보험금의 지급절차	271
제 3관 특약의 성립과 유지	272
제10조 특약의 성립 및 소멸	272
제11조 회사의 보장개시	272
제12조 피보험자의 범위 및 자격의 득실	272
제13조 특약내용의 변경 등	272
제14조 특약의 보험기간	273
제 4관 보험료의 납입	273
제15조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입	273
제16조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고 (독촉)와 특약의 해지	273
제17조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)	273

제 5관 특약의 해지 및 해지환급금 등	274
제18조 계약자의 임의해지	274
제19조 해지환급금	274
제20조 배당금의 지급	274
제 6관 기타사항	274
제21조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용	274
별표 ① 보험금 지급기준표	 275
별표 ② 재해분류표	 275
별표 ③ 장애분류표	 275
별표 ④ 주요성인병(11대성인병)분류표	 276
별표 ⑤ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	 276

11대성인병입원특약 | 무배당 약관

※ 이 특약은 본인형, 배우자형 중에서 계약자의 선택에 의하여 본인형 또는 배우자형의 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용하는 약관이며 약관내용 중 본인형 또는 배우자형에 해당되는 내용만을 적용합니다.
[다만, 내맘같이INH유니버셜중신보험(무배당)_1604를 가입하는 경우 이 특약의 본인형만 가입 가능합니다.]

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 재해 : [별표 2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
2. 장애 : [별표 3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘11대성인병’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에서 ‘11대성인병’은 한국표준질병·사인분류 중 ‘주요성인병(11대성인병) 분류표’([별표 4] 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 11대성인병의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 해당분야의 의사(치과의사 제외)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제4조 【‘입원’의 정의와 장소】

이 특약에서 ‘입원’은 의사(치과의사 제외)가 피보험자의 11대성인병으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사(치과의사 제외)의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

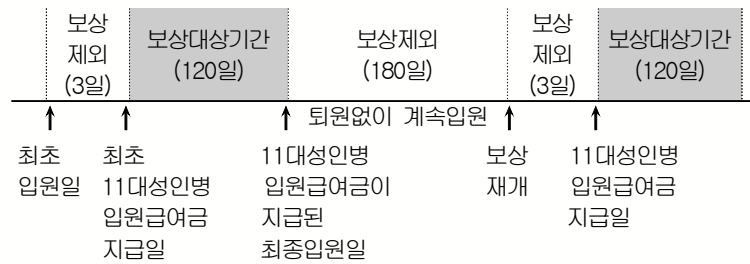
제5조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 11대성인병으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 11대성인병입원급여금([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제6조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제5조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 11대성인병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ② 제5조(보험금의 지급사유)에서 11대성인병입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ③ 제5조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 동일한 11대성인병으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제1항 및 제2항을 적용합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 11대성인병에 의한 입원이라도 11대성인병입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 11대성인병입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 11대성인병입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상기간 예시>



- ⑤ 제5조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 11대성인병입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 계속 11대성인병입원급여금을 지급합니다.
- ⑥ 제5조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사(치과의사 제외)의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 11대성인병입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 주계약의 보험료 납입이 면제되었다 하더라도 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑧ 제7항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표([별표 3] 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 제7항에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표([별표 3] 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑪ 제7항에서 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.
- ⑫ 제7항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 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.
- ⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표([별표 3] 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑭ 제7항 및 제12항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑮ 장애분류표([별표 3] 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표([별표 3] 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 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제7항의 보험료 납입면제 중 해당 질병으로 인한 납입면제는 적용하지 않습니다.
- 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 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑲ 제17조(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 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중

에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 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

제8조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 입·퇴원확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 5] '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 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(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. 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제20항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)의 위반과 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

제3관 특약의 성립과 유지

제10조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.
- ③ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
- ④ 제3항 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 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항 제1호에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다른 경우, 주계약의 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때에는 이 특약의 효력이 소멸되지 않습니다.

제11조 【회사의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.

제12조 【피보험자의 범위 및 자격의 득실】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 제19조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 즉시 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항의 규정에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제13조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로

동의하여야 합니다.

- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우 환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 【특약의 보험기간】

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

제 4 관 보험료의 납입

제15조 【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 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

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

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 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)
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조 【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 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제16조(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) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제11조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제18조 【계약자의 임의해지】

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

제19조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 5]‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제20조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 6 관 기타사항

제21조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
11대성인병 입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 11대성인병의 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 (1회 입원당 120일 한도)	2만원 (3일초과 입원일수 1일당)

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 11대성인병입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
3. '11대성인병'이란 '[별표 4]주요성인병(11대성인병)분류표'에서 정한 질병으로 특정순환계통의 질환, 당뇨병, 바이러스 감염 및 간의 질환, 특정만성하기도질환, 식도·위 및 십이지장의 질환, 갑상선의 장애 및 대사장애, 결핵, 감염성 및 기생충질환의 후유증, 고혈압질환, 뇌혈관질환, 폐렴, 신부전을 말합니다.

[별표2]

재해분류표

- 주계약 약관의 [별표 2]와 동일 -

[별표 3]

장애분류표

- 주계약 약관의 [별표 3]과 동일 -

[별표 4]

주요성인병(11대성인병)분류표

-11대성인병수술특약(무배당) 약관의 [별표 4]와 동일-

[별표 5]

**보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제19조 제2항 관련)**

구 분	적립기간	적립이율
11대성인병 입원급여금 (제5조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제19조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 3. 가산이율 적용시 제9조(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.

행복플러스 3대질병진단특약

| 무배당 |

약관



목 차

제 1관 목적 및 용어의 정의	281
제1조 목적	281
제2조 용어의 정의	281
제 2관 보험금의 지급	281
제3조 '암' 등의 정의 및 진단 확정	281
제4조 '제자리암' 의 정의 및 진단확정	282
제5조 '경계성종양' 의 정의 및 진단확정	282
제6조 '뇌출혈' 의 정의 및 진단확정	283
제7조 '급성심근경색증' 의 정의 및 진단확정	283
제8조 보험금의 지급사유	283
제9조 보험금 지급에 관한 세부규정	284
제10조 보험금을 지급하지 않는 사유	285
제11조 보험금의 청구	285
제12조 보험금의 지급절차	285
제 3관 특약의 성립과 유지	286
제13조 특약의 성립 및 소멸	286
제14조 회사의 보장개시	286
제15조 피보험자의 범위	287
제16조 특약내용의 변경 등	287
제17조 특약의 보험기간	287
제 4관 보험료의 납입	287
제18조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입	287
제19조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고 (독촉)와 특약의 해지	287
제20조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)	288

제 5관 | 특약의 해지 및 해지환급금 등 288

제21조 계약자의 임의해지		288
제22조 해지환급금		288
제23조 배당금의 지급		288

제 6관 | 기타사항 288

제24조 주계약 약관 및 단체취급특약의 규정의 준용		288
------------------------------	--	-----

별표 ❶ 보험금 지급기준표		289
별표 ❷ 재해분류표		290
별표 ❸ 장애분류표		290
별표 ❹ 대상이 되는 악성신생물 분류표 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)		290
별표 ❺ 제자리의 신생물 분류표		290
별표 ❻ 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표		290
별표 ❼ 유방암 분류표		290
별표 ❽ 남녀생식기관련암 분류표		291
별표 ❾ 뇌출혈 분류표		291
별표 ❿ 급성심근경색증 분류표		292
별표 ⓫ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산		292

행복플러스3대질병진단특약 | 무배당 약관

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

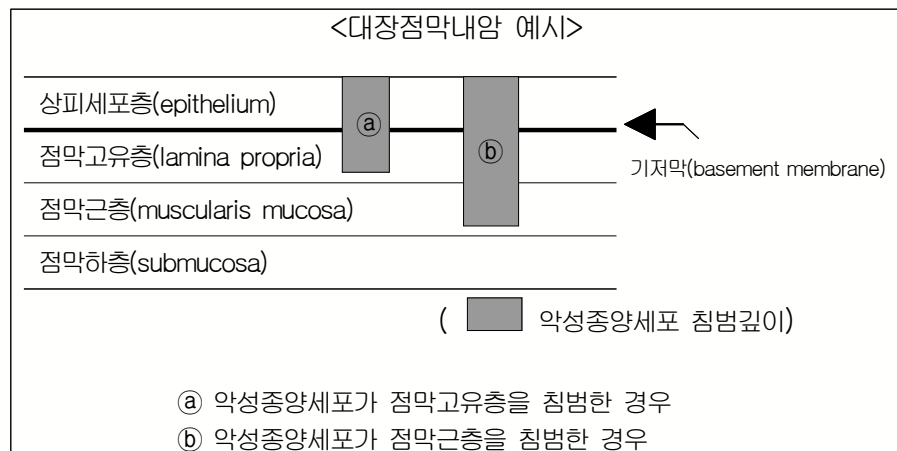
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해 : [별표 2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애 : [별표 3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
2. 암보장개시일 : 계약일(부활(효력회복)을 청약한 날)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘암’은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표 4] ‘대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)’에서 정한 질병을 말합니다. 다만, ‘기타피부의 악성신생물(분류번호 C44)’, ‘갑상선의 악성신생물(분류번호 C73)’, 제2항에서 정한 ‘대장점막내암’ 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘대장점막내암’이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장의 악성신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 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.



- ③ 이 특약에서 ‘기타피부암’은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 ‘기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)’에 해당하는 질

병을 말합니다.

- ④ 이 특약에서 ‘갑상선암’은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 ‘갑상선의 악성신생물(분류번호 C73)’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 「유방암 또는 남녀생식기관련암」은 제1항에서 정의한 ‘암’ 중 [별표 7] ‘유방암분류표’ 및 [별표 8] ‘남녀생식기관련암분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에서 ‘일반암’은 제1항에서 정의한 ‘암’에서 제4항에서 정의한 「유방암 또는 남녀생식기관련암」을 제외한 암을 말합니다.
- ⑦ ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 위에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑧ ‘대장점막내암’의 진단확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 위에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘대장점막내암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

유의 사항

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

[약관용어 설명]

- 한국표준질병·사인분류 : 국민의 보건의료 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류표 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것

제4조 【‘제자리암’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에서 ‘제자리암’은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표 5] ‘제자리의 신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ② ‘제자리암’의 진단확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 위에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘제자리암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 【‘경계성종양’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에서 ‘경계성종양’은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표 6] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ② ‘경계성종양’의 진단확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 위에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘경계성종양’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[약관용어 설명]

- 경계성종양 : 양성 종양과 악성 종양의 중간 단계. 즉, 악성인지 양성인지 구분이 모호한 단계의 신생물

제6조 【‘뇌출혈’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에서 ‘뇌출혈’은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 ‘[별표 9] 뇌출혈 분류표’에서 정한 질병을 말합니다(다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매는 ‘뇌출혈’에 포함되지 않습니다).
- ② ‘뇌출혈’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 해당 분야의 의사(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자 방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 ‘뇌출혈’로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **전산화단층촬영(CT scan, Computed Tomography scan)** : 시트 스캐너를 이용한 컴퓨터 단층 촬영법. 엑스선이나 초음파를 여러 각도에서 비추어, 투영된 인체 내부 영상을 컴퓨터로 해석하여 화상으로 처리한 뒤 단면의 모습을 재생함으로써 중앙 따위를 검출하여 내는 촬영기술
- **자기공명영상(MRI, Magnetic Resonance Imaging)** : 핵자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법
- **뇌혈관조영술** : 뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위하여 말초혈관을 통하여 조영제(X-선에 반응하여 희게 촬영되는 물질)를 뇌혈관에 주입하여 X-선으로 촬영하는 기술
- **양전자 방출 단층 촬영(PET, Positron Emission Tomography)** : 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술
- **단일광자방출 전산화단층술(SPECT, Single Photon Emission Computed Tomography)** : γ 선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법
- **뇌척수액검사** : 뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상유무를 알아보는 것

제7조 【‘급성심근경색증’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에서 ‘급성심근경색증’은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 ‘[별표 10] 급성심근경색증 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ② ‘급성심근경색증’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 해당 분야의 의사(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 ‘급성심근경색증’으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **심전도(electrocardiogram : EKG, ECG)** : 심박동과 관련되어 나타나는 전위변화를 나타내는 심장의 전기적 그림을 말함
- **심장초음파(echocardiography : echo)** : 심장에 초음파를 보내어 되돌아오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상에 나타내는 것으로 심장의 형태, 움직임에 관한 내용을 파악할 수 있음
- **혈액중심장효소검사** : 혈액 내 포함되어 있는 효소의 수치를 이용하여 급성심근경색 손상을 확인하는 효소검사
- **핵의학검사** : 동위 원소를 이용하는 의학분야의 검사로, 대개의 경우는 방사선 동위원소를 사용하고 거기서 나오는 방사능을 조사함으로써 그 원소의 위치를 조사해 장기의 형태, 장기의 기능, 물질대사가 되는 것 등을 조사하는 진단학과 그 방사능을 이용해서 치료하는 치료방법들을 말함(ex : PET검사, 골주사 검사 등)

제8조 【보험금의 지급사유】

보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금([별표 1] “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 보험기간 중 피보험자가 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’ (‘유방암 또는 남녀생식기관련암’ 포함)으로 진단 확정되었을 때 : 진단보험금(1)(암진단 확정 최초 1회에 한함)
2. 보험기간 중 피보험자가 ‘보장개시일’ 이후에 ‘대장점막내암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으

로 진단확정 되었을 때 : 진단보험금(2) ('대장점막내암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양' 각각 최초 1회의 진단확정에 한함)

3. 피보험자가 보험기간 중 '보장개시일' 이후에 최초의 '뇌출혈' 또는 '급성심근경색증'으로 진단확정 되었을 때 : 진단보험금(3) ('뇌출혈', '급성심근경색증' 각각 1회의 진단확정에 한함)

제9조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제8조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우는 보험계약일부터 2년 미만에 , 동조 제3호의 경우는 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당보험금의 50%를 지급합니다.
- ② 제8조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「유방암 또는 남녀생식기관련암」으로 진단확정 받고 그 후에 '일반암'으로 진단 확정된 경우, '일반암'에 해당하는 진단보험금(1)에서 일반암 진단확정시점의 「유방암 또는 남녀생식기관련암」에 해당하는 진단보험금(1)을 뺀 차액(제1항에 따라 「유방암 또는 남녀생식기관련암」으로 인한 진단보험금(1)의 50%를 받았다고 하더라도 추가 진단된 시점이 2년 이후이면 「유방암 또는 남녀생식기관련암」으로 인한 진단보험금(1)의 100%를 뺀 차액)을 1회에 한하여 추가로 지급하여 드립니다. 그러나, '일반암'으로 진단확정 받고 그 후에 「유방암 또는 남녀생식기관련암」으로 진단확정시, 「유방암 또는 남녀생식기관련암」으로 인한 진단보험금(1)은 추가로 지급되지 않습니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중 사망하고 그 후에 '암', '대장점막내암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양', '뇌출혈' 또는 '급성심근경색증'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제8조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제3호에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급합니다.
- ④ 계약자는 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 '암'으로 진단이 확정되는 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
- ⑤ 보험계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 암으로 진단 확정되었으나 계약자가 제4항에서 정한 계약의 취소를 선택하지 않은 경우, 피보험자에게 암보장개시일 이후에 제8조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 진단보험금(1)의 지급사유가 발생하더라도 해당 지급사유가 보험계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 '암'('대장점막내암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'은 제외합니다)과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 발생한 경우 회사는 진단보험금(1)을 지급하지 않으며, 제6항에서 정한 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일 전일 이전에 '암'('대장점막내암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'은 제외합니다)으로 진단확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 암으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제6항 및 제8조(보험금의 지급사유)에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑥ 보험료 납입기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지에 해당하는 사유가 발생한 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
 1. 암보장개시일 이후에 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정의한 '암'('유방암 또는 남녀생식기관련암' 포함, '대장점막내암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 및 '경계성종양' 제외)으로 진단이 확정된 경우
 2. 보장개시일 이후에 '뇌출혈' 또는 '급성심근경색증'으로 진단이 확정된 경우
 3. 장애분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우
 4. 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)의 보험료 납입이 면제된 경우
- ⑦ 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제8조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제6항에 따른 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑧ 제7항에도 불구하고 청약일(부활(효력회복)일) 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일(부활(효력회복)일) 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일(부활(효력회복)일)부터 5년이 지난 이후에는 제6항 및 제8조(보험금의 지급사유)에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑨ 제5항의 "암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안" 및 제8항의 "청약일(부활(효력회복)일) 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑩ 제20조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효

력회복)일을 제9항의 청약일로 하여 적용합니다.

- ⑪ 제6항 제3호에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일 또는 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표([별표 3] 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에 따라 장해지급률이 결정되었으나, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑬ 제6항 제3호의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표([별표 3] 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑭ 제6항 제3호의 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.
- ⑮ 제6항 제3호의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑯ 제15항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표([별표 3] 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑰ 제6항 제3호 및 제16항에서 “동일한 재해”란 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑱ 장해분류표([별표 3] 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표([별표 3] 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ㉑ 보험수익자와 회사가 제8조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제3호의 보험금 지급사유 또는 제7항의 보험료 납입면제사유에 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 또는 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제10조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

- 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 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

제11조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부 등)
 - 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 - 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제11조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으

로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 11] ‘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 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제11조(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. 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제19항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 청약서상 계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)의 위반과 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

제3관 특약의 성립과 유지

제13조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 계약자는 특약을 청약할 때 60세형, 65세형, 70세형, 75세형, 80세형 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
- ③ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 - 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 - 2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
- ④ 제3항 제2호 ‘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 사망연월일을 기준으로 합니다.

제14조 【회사의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’에 대한 보장개시일은 암보장개시일로 하며,

회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

제15조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ④ 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.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우 환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다. 제1보험기간은 계약일부터 피보험자의 나이를 기준으로 세형의 해당나이 계약해당일 전일까지를 말하며, 제2보험기간은 세형의 해당나이 계약해당일로부터 계약자가 선택한 보험기간까지를 말합니다.

제4관 보험료의 납입

제18조 【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 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

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

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 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)
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조 【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 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험 계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 암보장개시일은 제14조(회사의 보장개시)에도 불구하고 부활(효력회복)일부 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제21조 【계약자의 임의해지】

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

제22조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 11] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제23조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제6관 기타사항

제24조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유		지급금액	
			제1보험기간	제2보험기간
진단 보험금(1)	피보험자가 보험기간 중 암보 장개시일이후에 암으로 진단 확정되었을 때 (최초 1회에 한 하여 지급)	일반암 (「유방암 또는 남녀생식기관련암」 이외의 암)	1,000만원 (다만, 계약일부터 2년 미만 진단확정시 50% 지급)	2,000만원
		「유방암 또는 남녀생식기관련암」	300만원 (다만, 계약일부터 2년 미만 진단확정시 50% 지급)	600만원
진단 보험금(2)	피보험자가 보험기간 중 대장점막내암, 갑상선암, 경계성 종양, 기타피부암 또는 제자리암으로 진단 확정되었을 때 (각각 최초 1회에 한하여 지급)		100만원 (다만, 계약일부터 2년 미만 진단확정시 50% 지급)	200만원
진단 보험금(3)	피보험자가 보험기간 중 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단 확정되었을 때 (각각 최초 1회에 한하여 지급)		1,000만원 (다만, 계약일부터 1년 미만 진단확정시 50% 지급)	2,000만원

- 주) 1. 제1보험기간은 계약일부터 피보험자의 나이를 기준으로 세형(60세, 65세, 70세, 75세, 80세)의 해당나이 계약해당일 전일까지를 말하며, 제2보험기간은 세형의 해당나이 계약해당일부터 계약자가 선택한 보험기간까지를 말합니다.
2. 진단보험금(1),(2)의 경우 보험계약일부터 2년 미만, 진단보험금(3)의 경우 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.
3. 보험료 납입기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정의한 '암'으로 진단이 확정되었거나, 보장개시일 이후에 '뇌출혈' 또는 '급성심근경색증'으로 진단이 확정되었을 때, 또는 장해분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
4. 진단보험금(1),(2),(3)의 경우 '암', '대장점막내암', '갑상선암', '경계성종양', '기타피부암', '제자리암', '뇌출혈', '급성심근경색증' 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다.
5. '일반암'이란 「유방암 또는 남녀생식기관련암」을 제외한 암을 말합니다. 이때, '암'의 정의에 '대장점막내암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'은 포함되지 않습니다.
6. 위 4.에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「유방암 또는 남녀생식기관련암」으로 진단확정 받고 그 후에 '일반암'으로 진단확정된 경우, '일반암'에 해당하는 진단보험금(1)에서 일반암 진단확정시점의 「유방암 또는 남녀생식기관련암」에 해당하는 진단보험금(1)을 뺀 차액(위2.에 따라 「유방암 또는 남녀생식기관련암」으로 인한 진단보험금(1)의 50%를 받았다고 하더라도 추가 진단된 시점이 2년 이후이면 「유방암 또는 남녀생식기관련암」으로 인한 진단보험금(1)의 100%을 뺀 차액)을 1회에 한하여 추가로 지급하여 드립니다. 그러나, '일반암'으로 진단확정 받고 그 후에 「유방암 또는 남녀생식기관련암」으로 진단확정된 경우, 「유방암 또는 남녀생식기관련암」으로 인한 진단보험금(1)은 추가로 지급되지 않습니다.
7. '대장점막내암'으로 보험금 지급사유 발생시 '대장점막내암'에 해당하는 진단보험금을 지급하고 '제자리암'에 해당하는 진단보험금은 지급되지 않습니다.
8. '암보장개시일'은 계약일(부활(효력회복)을 청약한 날)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 말합니다.
9. 계약자는 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 '암'(「유방암 또는 남녀생식기관련암」 포함, '대장점막내암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 및 '경계성종양' 제외)으로 진단이 확정된 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

[별표2]

재 해 분류 표

- 주계약 약관의 [별표 2]와 동일 -

[별표 3]

장 해 분류 표

- 주계약 약관의 [별표 3]과 동일 -

[별표 4]

대상이 되는 악성신생물 분류표 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

- 암직접치료통원특약(무배당) 약관의 [별표 4]와 동일 -

[별표 5]

제자리의 신생물 분류표

- 암직접치료통원특약(무배당) 약관의 [별표 5]와 동일 -

[별표 6]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

- 암직접치료통원특약(무배당) 약관의 [별표 6]과 동일 -

[별표 7]

유방암 분류표

이 약관에서 규정하는 유방암이라 함은 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
유방의 악성신생물	C50

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

[별표 8]

남녀생식기관련암 분류표

이 약관에서 규정하는 남녀생식기관련암 이라 함은 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
남성 생식기관의 악성신생물	음경의 악성 신생물	C60
	전립선의 악성 신생물	C61
	고환의 악성 신생물	C62
	기타 및 상세불명의 남성 생식기관의 악성 신생물	C63
여성 생식기관의 악성신생물	외음의 악성 신생물	C51
	질외 악성 신생물	C52
	자궁경부의 악성 신생물	C53
	자궁체부의 악성 신생물	C54
	자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
	난소의 악성 신생물	C56
	기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 악성 신생물	C57
	태반의 악성 신생물	C58

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

[별표 9]

뇌출혈 분류표

이 약관에서 정의하는 ‘뇌출혈’은 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
지주막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	I62

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

[별표 10]

급성심근경색증 분류표

이 약관에서 정의하는 ‘급성심근경색증’은 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
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.

[별표 11]

**보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 2항 및 제22조 제2항 관련)**

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
진 단 보 험 금 (1),(2),(3) (제8조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 3. 가산이율 적용시 제12조(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.

행복플러스 11대성인병 치료특약

|무배당

약관



목 차

제 1관 목적 및 용어의 정의	297
제1조 목적	297
제2조 용어의 정의	297
제 2관 보험금의 지급	297
제3조 '11대성인병'의 정의 및 진단확정	297
제4조 '수술'의 정의와 장소	297
제5조 '입원'의 정의와 장소	298
제6조 보험금의 지급사유	298
제7조 보험금 지급에 관한 세부규정	298
제8조 보험금을 지급하지 않는 사유	299
제9조 보험금의 청구	300
제10조 보험금의 지급절차	300
제 3관 특약의 성립과 유지	301
제11조 특약의 성립 및 소멸	301
제12조 회사의 보장개시	301
제13조 피보험자의 범위	301
제14조 특약내용의 변경 등	301
제15조 특약의 보험기간	301
제 4관 보험료의 납입	301
제16조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입	301
제17조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고 (독촉)와 특약의 해지	302
제18조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)	302

제 5관 특약의 해지 및 해지환급금 등	302
제19조 계약자의 임의해지	302
제20조 해지환급금	302
제21조 배당금의 지급	302
제 6관 기타사항	303
제22조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용	303
별표 ① 보험금 지급기준표	304
별표 ② 재해분류표	304
별표 ③ 장애분류표	304
별표 ④ 주요성인병(11대성인병)분류표	305
별표 ⑤ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	305

행복플러스11대성인병치료특약 | 무배당 약관

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이 에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 재해 : [별표 2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
2. 장애 : [별표 3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘11대성인병’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에서 ‘11대성인병’은 한국표준질병·사인분류 중 ‘주요성인병(11대성인병) 분류표’([별표 4] 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 11대성인병의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료 기관에서 해당분야의 의사(치과의사 제외)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제4조 【‘수술’의 정의와 장소】

이 특약에서 ‘수술’은 의사(치과의사 제외)가 피보험자의 11대성인병으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 병원이나 의원, 한의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사(치과의사 제외)의 관리하에 기구를 사용하여 생체에 절단(특정부위를 잘라 내는 것), 절제(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(주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(NERVE BLOCK)은 ‘수술’에 포함되지 않습니다.

신의료기술평가위원회

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

【의료법 제54조】

- ① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.
- ② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.
- ③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.
 1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자

- 2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
 - 3. 소비자단체에서 추천하는 자
 - 4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
 - 5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원
 - ④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.
 - ⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.
 - ⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.
 - ⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.
- <향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제5조 【‘입원’의 정의와 장소】

이 특약에서 ‘입원’은 의사(치과의사 제외)가 피보험자의 11대성인병으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사(치과의사 제외)의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

- 1. 11대성인병으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때(이때 합병증을 동반한 당뇨병(E10~E14)으로 인한 ‘눈 및 눈부속기’의 수술은 레이저수술을 포함하여 보장합니다) : 11대성인병수술자금
- 2. 11대성인병으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 11대성인병입원급여금

제7조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제6조(보험금의 지급사유)에서 계약일부터 2년 미만에 11대성인병수술자금의 지급사유가 발생하였을 경우에는 11대성인병수술자금의 50%를 지급합니다.
- ② 제6조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 11대성인병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ③ 제6조(보험금의 지급사유)에서 11대성인병입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ④ 제6조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 동일한 11대성인병으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제1항 및 제2항을 적용합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 11대성인병에 의한 입원이거나 11대성인병입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 11대성인병입원급여금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 지나도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 11대성인병입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑥ 제6조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 11대성인병입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간

이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제3항에 따라 계속 11대성인병입원급여금을 지급합니다.

- ⑦ 제6조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사(치과의사 제외)의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 11대성인병입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ⑨ 제8항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표([별표 3] 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 제8항에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표([별표 3] 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑫ 제8항에서 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.
- ⑬ 제8항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 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.
- ⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표([별표 3] 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑮ 제8항 및 제13항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑯ 장애분류표([별표 3] 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표([별표 3] 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑰ 제6조(보험금의 지급사유) 제1호에서 합병증을 동반한 당뇨병(E10~E14)으로 인한 '눈 및 눈부속기'의 레이저수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
- 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 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제8항의 보험료 납입면제 중 해당 질병으로 인한 납입면제는 적용하지 않습니다.
- 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 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ㉑ 제18조(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 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거

나, 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

제9조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 수술확인서, 입·퇴원확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 5] ‘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 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 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 지급사유 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제22항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)의 위반과 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

제3관 특약의 성립과 유지

제11조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
- ③ 제2항 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 사망연월일을 기준으로 합니다.

제12조 【회사의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.

제13조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(주계약의 피보험자가 2인 이상일 경우에는 주피보험자)로 합니다.

제14조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우 환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조 【특약의 보험기간】

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

제4관 보험료의 납입

제16조 【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 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제17조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 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)
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조 【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 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제17조(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) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제12조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제19조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제20조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 5] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제21조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 6 관 기타사항

제22조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액	
		제1보험기간	제2보험기간
11대성인병 수술자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 11대 성인 병의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때	100만원 (수술 1회당) (다만, 계약일부터 2년 미만에 지급사유 발생시 50% 삭감지급)	200만원 (수술 1회당)
11대성인병 입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 11대성인병 의 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속하여 입 원하였을 때(1회 입원당 120일 한도)	2만원 (3일초과 입원일수 1일당)	4만원 (3일초과 입원일수 1일당)

- 주) 1. 계약일부터 2년 미만에 11대성인병수술자금 지급사유가 발생한 경우 위의 11대성인병수술자금의 50%를 지급합니다.
 2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로
 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한,
 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
 3. 11대성인병입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
 4. ‘11대성인병’이란 [별표 4] ‘주요성인병(11대성인병)분류표’에서 정한 질병으로 특정순환계통의 질환, 당뇨병, 바이러스 감염 및 간의
 질환, 특정만성하기도질환, 식도·위 및 십이지장의 질환, 갑상선의 장애 및 대사장애, 결핵, 감염성 및 기생충질환의 후유증, 고혈압질
 환, 뇌혈관질환, 폐렴, 신부전을 말합니다.
 5. 합병증을 동반한 당뇨병(E10~E14)으로 인한 ‘눈 및 눈부속기’의 수술은 레이저수술을 포함하여 보장합니다. 단, ‘눈 및 눈부속기’의
 레이저수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술자금을 지급하며 이후 동일한 기준
 으로 반복 지급이 가능합니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

- 주계약 약관의 [별표 2]와 동일 -

[별표 3]

장 해 분 류 표

- 주계약 약관의 [별표 3]과 동일 -

[별표 4]

주요성인병(11대성인병)분류표

- 11대성인병수술특약(무배당) 약관의 [별표 4]와 동일 -

[별표 5]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제10조 제2항 및 제20조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
11대성인병 수술자금 및 11대성인병 입원급여금 (제6조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제19조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 3. 가산이율 적용시 제10조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

급성심근경색증 진단특약

|무배당

약관



목 차

제 1관 목적 및 용어의 정의	311
제1조 목적	311
제2조 용어의 정의	311
제 2관 보험금의 지급	311
제3조 ‘급성심근경색증’의 정의 및 진단확정	311
제4조 보험금의 지급사유	311
제5조 보험금 지급에 관한 세부규정	312
제6조 보험금을 지급하지 않는 사유	312
제7조 보험금의 청구	313
제8조 보험금의 지급절차	313
제 3관 특약의 성립과 유지	314
제9조 특약의 성립 및 소멸	314
제10조 회사의 보장개시	314
제11조 피보험자의 범위 및 자격의 득실	314
제12조 특약내용의 변경 등	314
제13조 특약의 보험기간	315
제 4관 보험료의 납입	315
제14조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입	315
제15조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고 (독촉)와 특약의 해지	315
제16조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)	315

제 5관 특약의 해지 및 해지환급금 등	315
제17조 계약자의 임의해지	315
제18조 해지환급금	316
제19조 배당금의 지급	316
제 6관 기타사항	316
제20조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용	316
별표 ① 보험금 지급기준표	317
별표 ② 재해분류표	317
별표 ③ 장애분류표	317
별표 ④ 급성심근경색증 분류표	317
별표 ⑤ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	318

급성심근경색증진단특약 | 무배당 약관

※ 이 특약은 본인형 또는 배우자형 중에서 계약자의 선택에 의하여 본인형 또는 배우자형의 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용하는 약관이며 약관내용 중 본인형 또는 배우자형에 해당되는 내용만을 적용합니다.

[다만, 내맘같이NH유니버설종합보험(무배당)_1604를 가입하는 경우 이 특약의 본인형만 가입 가능합니다.]

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해 : [별표 2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애 : [별표 3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘급성심근경색증’의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘급성심근경색증’은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 ‘급성심근경색증 분류표’([별표4] 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② ‘급성심근경색증’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 해당 분야의 의사(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- 심전도(electrocardiogram : EKG, ECG) : 심박동과 관련되어 나타나는 전위변화를 나타내는 심장의 전기적 그림을 말함
- 심장초음파(echocardiography : echo) : 심장에 초음파를 보내어 되돌아오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상에 나타내는 것으로 심장의 형태, 움직임에 관한 내용을 파악할 수 있음
- 혈액중심장효소검사 : 혈액 내 포함되어 있는 효소의 수치를 이용하여 급성심근경색 손상을 확인하는 효소검사
- 핵의학검사 : 동위 원소를 이용하는 의학분야의 검사로, 대개의 경우는 방사선 동위원소를 사용하고 거기서 나오는 방사능을 조사함으로써 그 원소의 위치를 조사해 장기의 형태, 장기의 기능, 물질대사가 되는 것 등을 조사하는 진단학과 그 방사능을 이용해서 치료하는 치료방법들을 말함(ex : PET검사, 골주사 검사 등)

제4조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘급성심근경색증’으로 진단이 확정되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 ‘급성심근경색증진단자금’([별표1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다(다만, 최초 1회에 한하여 지급합니다).

제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 경우 계약일부터 1년 미만에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘급성심근경색증진단자금’ 지급사유가 발생하였을 때에는 ‘급성심근경색증진단자금’의 50%를 지급합니다.
- ② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘급성심근경색증진단자금’을 지급합니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 장애지급률이 50%인 이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.(다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다)
- ④ 제3항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일로부터 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 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단확정일로부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑥ 제3항에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표([별표 3] 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제3항에서 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.
- ⑧ 제3항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 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 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표([별표 3] 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 제3항 및 제8항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑪ 장애분류표([별표 3] 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표([별표 3] 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 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제3항의 보험료 납입면제 중 해당 질병과 관련한 납입면제를 적용하지 않습니다.
- ⑬ 제12항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑭ 제13항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제15조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑮ 제16조(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 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거

나, 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

제7조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표5] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(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 지급사유 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제16항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)의 위반과 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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.

【 약관용어 설명 】

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

제3관 특약의 성립과 유지

제9조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.
- ③ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
 3. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 더 이상 발생하지 않을 경우
- ④ 제3항 제2호 ‘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 사망연월일을 기준으로 합니다.

제10조 【회사의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.

제11조 【피보험자의 범위 및 자격의 득실】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음과 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자(주계약의 피보험자가 2인 이상일 경우에는 주피보험자)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 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 즉시 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항의 규정에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제12조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우 환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제13조 【특약의 보험기간】

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

제 4 관 보험료의 납입

제14조 【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 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제15조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 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)
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제16조 【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 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제15조(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) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제10조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제17조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제18조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표5] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

제19조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 6관 기타사항

제20조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
급성심근경색증 진단자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때 (최초 1회한)	1,000만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만에 지급사유 발생시 50% 감액 지급)

- 주) 1. 이 특약의 경우 계약일부터 1년 미만에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘급성심근경색증진단자금’ 지급사유가 발생하였을 때에는 ‘급성심근경색증진단자금’의 50%를 지급합니다.
 2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 장애지급률이 50% 이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

[별표2]

재해분류표

- 주계약 약관의 [별표 2]와 동일 -

[별표 3]

장해분류표

- 주계약 약관의 [별표 3]과 동일 -

[별표 4]

급성심근경색증 분류표

- 행복플러스3대질병진단특약(무배당) 약관의 [별표 10]과 동일 -

[별표 5]

**보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제18조 제2항 관련)**

구 분	적립기간	적립이율
급성심근경색증진단자금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제18조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 3. 가산이율 적용시 제8조(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.

뇌출혈진단특약

|무배당

약관



목 차

제 1관 목적 및 용어의 정의	323
제1조 목적	323
제2조 용어의 정의	323
제 2관 보험금의 지급	323
제3조 ‘뇌출혈’ 의 정의 및 진단확정	323
제4조 보험금의 지급사유	324
제5조 보험금 지급에 관한 세부규정	324
제6조 보험금을 지급하지 않는 사유	325
제7조 보험금의 청구	325
제8조 보험금의 지급절차	325
제 3관 특약의 성립과 유지	326
제9조 특약의 성립 및 소멸	326
제10조 회사의 보장개시	326
제11조 피보험자의 범위 및 자격의 득실	326
제12조 특약내용의 변경 등	326
제13조 특약의 보험기간	327
제 4관 보험료의 납입	327
제14조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입	327
제15조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고 (독촉)와 특약의 해지	327
제16조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)	327

제 5관 특약의 해지 및 해지환급금 등	327
제17조 계약자의 임의해지	327
제18조 해지환급금	328
제19조 배당금의 지급	328
제 6관 기타사항	328
제20조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용	328
별표 ① 보험금 지급기준표	 329
별표 ② 재해분류표	 329
별표 ③ 장애분류표	 329
별표 ④ 뇌출혈 분류표	 329
별표 ⑤ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	 330

뇌출혈진단특약 | 무배당 약관

※ 이 특약은 본인형 또는 배우자형 중에서 계약자의 선택에 의하여 본인형 또는 배우자형의 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용하는 약관이며 약관내용 중 본인형 또는 배우자형에 해당되는 내용만을 적용합니다.

[다만, 내맘같이INH유니버설종합보험(무배당)_1604를 가입하는 경우 이 특약의 본인형만 가입 가능합니다.]

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해 : [별표 2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애 : [별표 3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘뇌출혈’의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘뇌출혈’은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 ‘뇌출혈 분류표’([별표4] 참조)에서 정한 질병을 말합니다(다만, 외상성 두개 내 출혈, 혈관성 치매는 ‘뇌출혈’에 포함되지 않습니다).
- ② ‘뇌출혈’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 해당 분야의 의사(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자 방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **전산화단층촬영(CT scan, Computed Tomography scan)** : 시티 스캐너를 이용한 컴퓨터 단층 촬영법. 엑스선이나 초음파를 여러 각도에서 비추어, 투영된 인체 내부 영상을 컴퓨터로 해석하여 화상으로 처리한 뒤 단면의 모습을 재생함으로써 중앙 따위를 검출하여 내는 촬영기술
- **자기공명영상(MRI, Magnetic Resonance Imaging)** : 핵자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법
- **뇌혈관조영술** : 뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위하여 말초혈관을 통하여 조영제(X-선에 반응하여 희게 촬영되는 물질)를 뇌혈관에 주입하여 X-선으로 촬영하는 기술
- **양전자 방출 단층 촬영(PET, Positron Emission Tomography)** : 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술
- **단일광자방출 전산화단층술(SPECT, Sing Photon Emission Computed Tomography)** : γ 선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법
- **뇌척수액검사** : 뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상유무를 알아보는 것

제4조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뇌출혈’로 진단이 확정되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 ‘뇌출혈진단자금’([별표1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다(다만, 최초 1회에 한하여 지급합니다).

제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 경우 계약일부터 1년 미만에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘뇌출혈진단자금’ 지급사유가 발생하였을 때에는 ‘뇌출혈진단자금’의 50%를 지급합니다.
- ② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 뇌출혈을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘뇌출혈진단자금’을 지급합니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 장애지급률이 50%인 이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.(다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다)
- ④ 제3항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일로부터 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 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단확정일로부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑥ 제3항에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표([별표 3] 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제3항에서 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.
- ⑧ 제3항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 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 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표([별표 3] 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 제3항 및 제8항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑪ 장애분류표([별표 3] 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표([별표 3] 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 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제3항의 보험료 납입면제 중 해당 질병과 관련한 납입면제를 적용하지 않습니다.
- ⑬ 제12항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑭ 제13항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제15조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑮ 제16조(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 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 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

제7조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표5] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(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. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제16항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)의 위반과 제1항 및 제3항에 대한 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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.

【 약관용어 설명 】

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

제3관 특약의 성립과 유지

제9조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.
- ③ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
 3. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 더 이상 발생하지 않을 경우
- ④ 제3항 제2호 ‘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 사망연월일을 기준으로 합니다.

제10조 【회사의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.

제11조 【피보험자의 범위 및 자격의 득실】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음과 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자(주계약의 피보험자가 2인 이상일 경우에는 주피보험자)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 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 즉시 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항의 규정에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제12조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우 환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제13조 【특약의 보험기간】

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

제 4 관 보험료의 납입

제14조 【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 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제15조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 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)
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제16조 【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 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제15조(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) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제10조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제17조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제18조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표5] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

제19조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 6관 기타사항

제20조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
뇌출혈 진단자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈로 진단이 확정되었을 때 (최초 1회한)	1,000만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만에 지급사유 발생시 50% 감액 지급)

주) 1. 이 특약의 경우 계약일로부터 1년 미만에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 '뇌출혈진단자금' 지급사유가 발생하였을 때에는 '뇌출혈진단자금'의 50%를 지급합니다.

2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 장애지급률이 50% 이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

[별표 2]

재해분류표

- 주계약 약관의 [별표 2]와 동일 -

[별표 3]

장애분류표

- 주계약 약관의 [별표 3]과 동일 -

[별표 4]

뇌출혈 분류표

- 행복플러스3대질병진단특약(무배당) 약관 [별표 9]와 동일 -

[별표 5]

**보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제18조 제2항 관련)**

구 분	적립기간	적립이율
뇌출혈진단자금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제18조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 3. 가산이율 적용시 제8조(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.

3대질병 납입면제특약 |무배당

약관



목 차

제 1관 목적 및 용어의 정의	335
제1조 목적	335
제2조 용어의 정의	335
제 2관 보험금의 지급	335
제3조 '암' 등의 정의 및 진단 확정	335
제4조 '뇌출혈' 의 정의 및 진단 확정	336
제5조 '급성심근경색증' 의 정의 및 진단 확정	337
제6조 보험료 납입면제 사유	338
제7조 보험료 납입면제에 관한 세부규정	338
제8조 보험료 납입을 면제하지 않는 사유	338
제9조 보험료 납입면제의 청구	339
제10조 보험료 납입면제의 절차	339
제 3관 특약의 성립과 유지	339
제11조 특약의 성립 및 소멸	339
제12조 회사의 보장개시	340
제13조 피보험자의 범위	340
제14조 특약내용의 변경 등	340
제15조 특약의 보험기간	340
제 4관 보험료의 납입	340
제16조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입	340
제17조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고 (독촉)와 특약의 해지	340
제18조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)	340

제 5관 특약의 해지 및 해지환급금 등	341
제19조 계약자의 임의해지	341
제20조 해지환급금	341
제21조 배당금의 지급	341
제 6관 기타사항	341
제22조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용	341
별표 ① 보험료 납입면제 기준표	342
별표 ② 재해분류표	342
별표 ③ 장애분류표	342
별표 ④ 대상이 되는 악성신생물 분류표 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)	343
별표 ⑤ 뇌출혈 분류표	343
별표 ⑥ 급성심근경색증 분류표	343
별표 ⑦ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	343

3대질병납입면제특약 | 무배당 약관

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

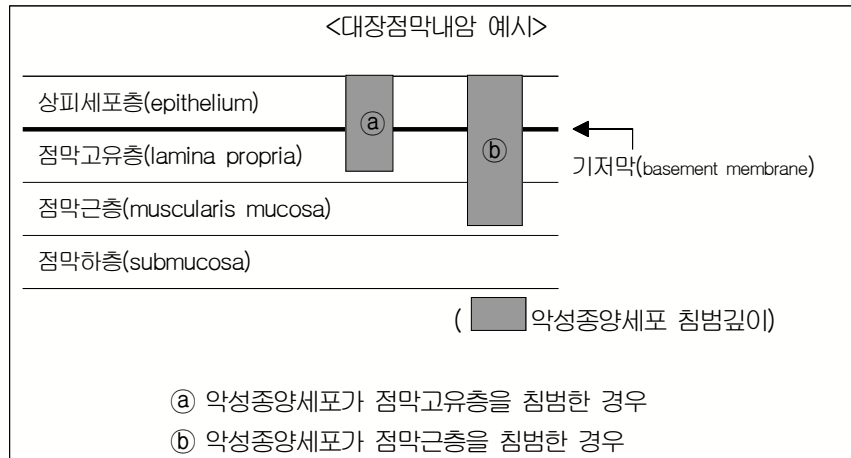
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 해지환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
2. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
 - 나. 암보장개시일 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 말합니다.
3. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해 : [별표 2] ‘재해분류표’에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애 : [별표 3] ‘장애분류표’에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

제2관 보험료 납입면제

제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘암’은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표 4] ‘대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)’에서 정한 질병을 말합니다. 다만, ‘기타피부의 악성신생물(분류번호 C44)’, ‘갑상선의 악성신생물(분류번호 C73)’, 제4항에서 정의한 ‘대장점막내암’ 및 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 ‘기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 ‘갑상선의 악성신생물(분류번호 C73)’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 ‘대장점막내암’이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장의 악성신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 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.



⑤ ‘암’의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

유의사항

한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침’에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[약관용어 설명]

- **한국표준질병·사인분류** : 국민의 보건으로 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류표 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것

제4조 【‘뇌출혈’의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 '뇌출혈'은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '뇌출혈 분류표'([별표 5] 참조)에서 정한 질병을 말합니다 (다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매는 ‘뇌출혈’에 포함되지 않습니다).
- ② ‘뇌출혈’의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 해당 분야의 의사(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자 방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

[의료법 제3조 (의료기관)]

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 - 1.의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서

그 종류는 다음 각 목과 같다.

- 가. 의원
- 나. 치과의원
- 다. 한의원

2. 조산원: 조산사가 조산과 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」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
- 마. 종합병원

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

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

[약관용어 설명]

- **전산화단층촬영(CT scan, Computed Tomography scan)** : 시티 스캐너를 이용한 컴퓨터 단층 촬영법. 엑스선이나 초음파를 여러 각도에서 비추어, 투영된 인체 내부 영상을 컴퓨터로 해석하여 화상으로 처리한 뒤 단면의 모습을 재생함으로써 중앙 따위를 검출하여 내는 촬영기술
- **자기공명영상(MRI, Magnetic Resonance Imaging)** : 핵자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법
- **뇌혈관조영술** : 뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위하여 말초혈관을 통하여 조영제(X-선에 반응하여 희게 촬영되는 물질)를 뇌혈관에 주입하여 X-선으로 촬영하는 기술
- **양전자 방출 단층 촬영(PET, Positron Emission Tomography)** : 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술
- **단일광자방출 전산화단층술(SPECT, Sing Photon Emission Computed Tomography)** : γ 선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법
- **뇌척수액검사** : 뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상유무를 알아보는 것

제5조 【 급성심근경색증의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 '급성심근경색증'은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '급성심근경색증 분류표'([별표 6] 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② '급성심근경색증'의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 해당 분야의 의사(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **심전도(electrocardiogram : EKG, ECG)** : 심박동과 관련되어 나타나는 전위변화를 나타내는 심장의 전기적 그림을 말함
- **심장초음파(echocardiography : echo)** : 심장에 초음파를 보내어 되돌아오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상에 나타내는 것으로 심장의 형태, 움직임에 관한 내용을 파악할 수 있음
- **혈액중심장효소검사** : 혈액 내 포함되어 있는 효소의 수치를 이용하여 급성심근경색 손상을 확인하는 효소검사

- **핵의학검사** : 동위 원소를 이용하는 의학분야의 검사로, 대개의 경우는 방사선 동위원소를 사용하고 거기서 나오는 방사능을 조사함으로써 그 원소의 위치를 조사해 장기의 형태, 장기의 기능, 물질대사가 되는 것 등을 조사하는 진단학과 그 방사능을 이용해서 치료하는 치료방법들을 말함(ex : PET검사, 골주사 검사 등)

제6조 【보험료 납입면제 사유】

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 차회 이후 주계약의 보험료, 주계약에 부가된 선택특약(강신형특약 제외)의 보험료 및 이 특약의 보험료 납입을 면제([별표1] ‘보험료 납입면제 기준표’ 참조)합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 ‘뇌출혈’, ‘급성심근경색증’으로 진단이 확정되었을 때
2. 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되었을 때

제7조 【보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 계약자는 피보험자가 계약일부터 제2조(용어의 정의) 제2호의 “나”목 및 제12조(회사의 보장개시) 제2항에서 정한 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단이 확정되는 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 이 특약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
- ② 계약일부터 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암’으로 진단 확정되었으나 계약자가 제1항에서 정한 계약의 취소를 선택하지 않은 경우에는 피보험자에게 ‘암보장개시일’ 이후에 제6조(보험료 납입면제 사유)에서 정한 납입면제 사유가 발생하더라도 해당 납입면제 사유가 계약일부터 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 진단 확정된 ‘암’과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 발생한 경우 회사는 제6조(보험료 납입면제 사유)에서 정한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일로 부터 암보장개시일 전일 이전에 암으로 진단확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 암으로 추가진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일로부터 5년이 지난 이후에는 제10조(보험료 납입면제 사유)에 따라 보장합니다.
- ③ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제6조(보험료 납입면제 사유)에서 정한 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 특약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제6조(보험료 납입면제 사유)에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제6조(보험료 납입면제 사유)의 보험료 납입면제 사유에 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, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 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

제9조 【보험료 납입면제의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 【보험료 납입면제의 절차】

- ① 회사는 제9조(보험료 납입면제의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 회사는 계약자가 제1항에 따라 지급기일내에 보험료의 납입을 면제받지 못하고 보험료를 납입한 후 보험료 납입면제를 받은 경우에는 그 보험료 납입일의 다음날부터 보험료 납입면제 판정일까지의 기간에 대한 이자는 ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’([별표7] 참조)과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험료 납입면제 사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 기일 이내에 보험료 납입을 면제하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 보험료 납입면제 예정일에 대하여 계약자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 보험료 납입면제 예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험료 납입면제의 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. 제7조(보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)의 위반과 제1항 및 제3항의 보험료 납입면제 사유조사와 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 보험료 납입면제 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사는 제4항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제3 관 특약의 성립과 유지

제11조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
 3. 주계약의 피보험자가 ‘장해분류표’([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 장해지급률이 50% 이상인 장해상태가 되었을 때
- ③ 제2항 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 사망연월

일을 기준으로 합니다.

제12조 【회사의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 “나”목에 규정한 ‘암보장개시일’로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

제13조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(주계약의 피보험자가 2인 이상일 경우에는 주피보험자)로 합니다.

제14조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 주계약 또는 납입면제대상 부가특약의 감액등으로 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제20조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우 환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험료 납입면제 사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험료 납입기간으로 합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제16조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 주계약의 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 동일합니다.

제17조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험료 납입면제 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조 【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 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한

것으로 봅니다.

- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제12조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제19조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제20조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 7] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제21조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 6 관 기타사항

제22조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험료 납입면제 기준표

급부명	지급사유	지급금액
보험료 납입면제	이 특약의 보험기간 중 보장개시일(암의 경우 '암보장개시일') 이후에 피보험자가 '암(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)', '뇌출혈', '급성심근경색증'으로 진단이 확정되었을 때	차회 이후 주계약의 기본보험료, 주계약에 부가된 선택특약(갱신형특약 제외)의 보험료 및 이 특약의 보험료 납입을 면제 (※보험료 할인이 적용된 경우 할인 후 보험료 적용)

- 주) 1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우 또는 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
 2. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 말합니다.
 3. 이 특약의 피보험자가 계약일부터 '암보장개시일' 전일 이전에 '암'으로 진단이 확정되는 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 이 특약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
 4. 계약일부터 '암보장개시일' 전일 이전에 '암'으로 진단 확정되었으나 계약자가 제7조(보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 계약의 취소를 선택하지 않은 경우에는 피보험자에게 '암보장개시일' 이후에 제6조(보험료 납입면제 사유)에서 정한 납입면제 사유가 발생하더라도 해당 납입면제 사유가 계약일부터 '암보장개시일' 전일 이전에 진단 확정된 '암'과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 발생한 경우 회사는 제6조(보험료 납입면제 사유)에서 정한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일로 부터 암보장개시일 전일 이전에 암으로 진단확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 암으로 추가진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일로부터 5년이 지난 이후에는 제6조(보험료 납입면제 사유)에 따라 보장합니다.

[별표2]

재해분류표

- 주계약 약관의 [별표 2]와 동일 -

[별표 3]

장해분류표

- 주계약 약관의 [별표 3]과 동일 -

[별표 4]

**대상이 되는 악성신생물 분류표
(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)**

- 암직접치료통원특약(무배당) 약관의 [별표 4]과 동일 -

[별표 5]

뇌출혈 분류표

- 행복플러스3대질병진단특약(무배당) 약관의 [별표 9]와 동일 -

[별표 6]

급성심근경색증 분류표

- 행복플러스3대질병진단특약(무배당) 약관의 [별표 10]과 동일 -

[별표 7]

**보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제20조 제2항 관련)**

구 분	적립기간	적립이율
납입면제 보험료 (제6조)	보험료 납입일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	보험료 납입일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	보험료 납입일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	보험료 납입일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해지환급금 (제20조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 3. 가산이율 적용시 제10조(보험료 납입면제의 절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

암진단특약

|갱신형무배당

약관

목 차

제 1관 목적 및 용어의 정의	349
제1조 목적	349
제2조 용어의 정의	349
제 2관 보험금의 지급	349
제3조 '암' 등의 정의 및 진단 확정	349
제4조 '제자리암', '경계성종양' 의 정의 및 진단 확정	350
제5조 보험금의 지급사유	351
제6조 보험금 지급에 관한 세부규정	351
제7조 보험금을 지급하지 않는 사유	352
제8조 보험금의 청구	352
제9조 보험금의 지급절차	353
제 3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	353
제10조 계약 전 알릴 의무	353
제11조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과	354
제 4관 특약의 성립과 유지	354
제12조 특약의 성립 및 소멸	354
제13조 특약의 무효	355
제14조 회사의 보장개시	355
제15조 피보험자의 범위 및 자격의 득실	355
제16조 특약내용의 변경 등	355
제17조 특약의 갱신	356
제18조 특약의 보험기간	356
제 5관 보험료의 납입	356
제19조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입	356
제20조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고 (독촉)와 특약의 해지	357
제21조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)	357

제 6관 | 특약의 해지 및 해지환급금 등 357

제22조 계약자의 임의해지 | 357

제23조 해지환급금 | 357

제24조 배당금의 지급 | 357

제 7관 | 기타사항 358

제25조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용 | 358

별표 ① 보험금 지급기준표 | 359

별표 ② 재해분류표 | 360

별표 ③ 장애분류표 | 360

별표 ④ 대상이 되는 악성신생물 분류표 | 360
(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

별표 ⑤ 제자리의 신생물 분류표 | 360

별표 ⑥ 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 | 360

별표 ⑦ 남녀생식기관련암분류표 | 360

별표 ⑧ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 | 361

암진단특약갱신형무배당 약관

※ 이 특약은 본인형, 배우자형, 자녀형 중에서 계약자의 선택에 의하여 본인형, 배우자형 또는 자녀형의 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용하는 약관이며 약관내용 중 본인형, 배우자형 또는 자녀형에 해당되는 내용만을 적용합니다.
[다만, 내망같이인내유니버설종신보험(무배당)_1604를 가입하는 경우 이 특약의 본인형만 가입 가능합니다.]

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적]

이 보험계약특별약관(이하 '특약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 [용어의 정의]

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

1. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해 : [별표 2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애 : [별표 3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
2. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결시점의 이율(갱신계약의 경우 갱신시점의 평균공시이율)을 말합니다.
※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 암보장개시일 : 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)을 청약한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
 - 나. 갱신일 : 이 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ['암' 등의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에서 '암'은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표 4] '대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)'에서 정한 질병을 말합니다. 다만, '기타피부의 악성신생물(분류번호 C44)', '갑상선의 악성신생물(분류번호 C73)', 제6항에서 정한 '대장점막내암' 및 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

[유의사항]

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

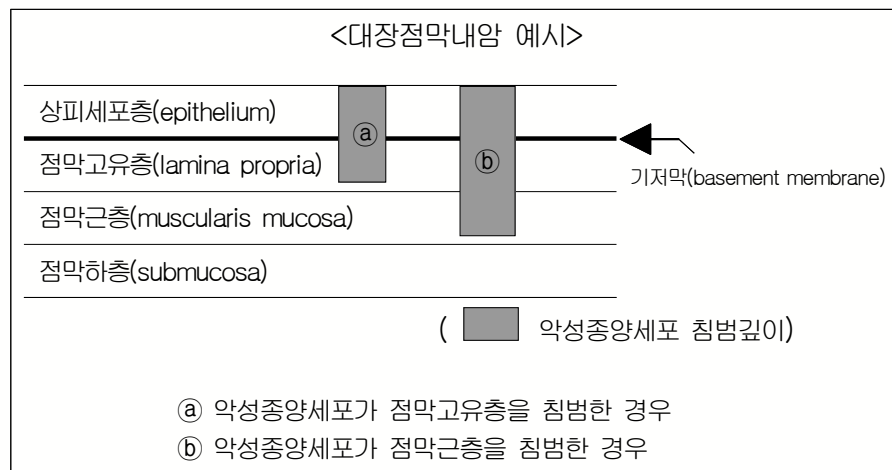
[약관용어 설명]

● **한국표준질병·사인분류** : 국민의 보건의료 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류표 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것

② 이 특약에서 「유방암 또는 남녀생식기관련암」은 제1항에서 정의한 '암'으로 분류되는 질병에서 제7차 개정 한국표준질병·

사인분류 중 ‘유방의 악성신생물(분류번호 C50)’에 해당하는 질병 및 ‘[별표 7] 남녀생식기관련암 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.

- ③ 이 특약에서 ‘일반암’은 제1항에서 정의한 ‘암’에서 제2항에서 정의한 「유방암 또는 남녀생식기관련암」을 제외한 암을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 ‘기타피부암’은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 ‘기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 ‘갑상선암’은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 ‘갑상선의 악성신생물(분류번호 C73)’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에서 ‘대장점막내암’이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장의 악성신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 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.



- ⑦ ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피부형자가 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑧ ‘대장점막내암’의 진단확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 위에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피부형자가 ‘대장점막내암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조 【‘제자리암’, ‘경계성종양’의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘제자리암’은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표 5] ‘제자리의 신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘경계성종양’은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표 6] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피부형자가 ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[약관용어 설명]

- **경계성종양** : 양성 종양과 악성 종양의 중간 단계. 즉, 악성인지 양성인지 구분이 모호한 단계의 신생물

제5조 【보험금의 지급사유】

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

1. 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일(자녀형의 경우 보장개시일)’ 이후에 ‘암’으로 진단확정 되었을 때 : 진단자금(1) (다만, 암진단 확정 최초 1회에 한하여 지급합니다)
2. 이 특약의 보험기간 중 ‘보장개시일’ 이후에 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단확정 되었을 때 : 진단자금(2) (다만, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’, ‘경계성종양’ 각각 최초 진단확정 1회에 한하여 지급합니다)

제6조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 최초계약의 경우 계약일로부터 1년 미만에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단자금 지급사유가 발생하였을 때에는 진단자금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우는 진단자금의 100%를 지급합니다.
- ② 제5조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’(자녀형의 경우 보장개시일) 이후에 「유방암 또는 남녀생식기관련암」으로 진단확정 받고 그 후에 ‘일반암’으로 진단확정된 경우, ‘일반암’에 해당하는 진단자금(1)에서 일반암 진단확정시점의 「유방암 또는 남녀생식기관련암」에 해당하는 진단자금(1)을 뺀 차액(제1항에 따라 「유방암 또는 남녀생식기관련암」으로 인한 진단자금(1)의 50%를 받았다고 하더라도 추가 진단된 시점이 1년 이후이면 「유방암 또는 남녀생식기관련암」으로 인한 진단자금(1)의 100%를 뺀 차액)을 1회에 한하여 추가로 지급하여 드립니다. 그러나, ‘일반암’으로 진단확정 받고 그 후에 「유방암 또는 남녀생식기관련암」으로 진단확정된 경우, 「유방암 또는 남녀생식기관련암」으로 인한 진단자금(1)은 추가로 지급되지 않습니다.
- ③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 ‘암’, ‘경계성종양’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘기타피부암’ 또는 ‘제자리암’을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단자금을 지급합니다. 다만, ‘암보장개시일’(자녀형의 경우 보장개시일) 전일 이전에 ‘암’으로 진단이 확정된 경우에는 진단자금을 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자에게 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단자금의 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 진단자금이 지급된 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’과 동일한 질병인 경우(동일부위에 대한 재진단 포함) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 ‘암보장개시일’(자녀형의 경우 보장개시일) 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 ‘암’으로 진단이 확정되거나 장애분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 장애지급률이 50% 이상인 장애상태가 되었을 때(다만, 갱신계약의 경우 갱신계약의 보장개시일 이후에 새로이 발생한 장애상태에 한하며, 갱신계약의 보장개시일 이전의 장애상태는 정상으로 봅니다)에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ⑥ 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ⑦ 제5항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 면제되었다 하더라도 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑧ 제5항에서 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([별표 3] 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 재해일 또는 진단 확정일로부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑩ 제5항에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표([별표 3] 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑪ 제5항에서 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.

- ⑫ 제5항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표([별표 3] 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑭ 제5항 및 제12항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑮ 장해분류표([별표 3] 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표([별표 3] 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 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제5항의 보험료 납입면제 중 해당 질병과 관련한 납입면제를 적용하지 않습니다.
- ⑰ 제16항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초계약의 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑱ 제4항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단 확정 되어 보험금이 지급된 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일로부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일로부터 5년이 지난 이후에는 제5조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ⑲ 제17항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 및 제17항의 ‘보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일로부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑳ 제21조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제17항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ㉑ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 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

제8조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 8] ‘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 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(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. 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제21항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(계약 전 알릴의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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.

【 약관용어 설명 】

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 【계약 전 알릴 의무】

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

【 약관용어 설명 】

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약을 할 때 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반했을 때에는 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【상법 제651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)】

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용 합니다>

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(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

【계약 전 알릴 의무 위반 사례】

계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴사항에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금은 지급하지 않을 수 있습니다.

- ⑥ 제21조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초 계약으로 봅니다].

제4 관 특약의 성립과 유지

제12조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형, 배우자형 또는 자녀형 중 선택하여 청약하여야 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 이 특약을 청약하는 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 이 특약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ⑤ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우

다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
 3. 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 더 이상 발생하지 않을 경우
- ⑥ 제5항 제2호 ‘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 사망연월일을 기준으로 합니다.

제13조 【특약의 무효】

본인형, 배우자형의 경우 이 특약의 피보험자가 최초계약의 계약일부터 제2조(용어의 정의) 제3호 및 제14조(회사의 보장개시) 제2항에서 정한 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제14조 【회사의 보장개시】

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다. 그러나, 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제3항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 특약의 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특약이 정하는 바에 따라 보장하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 ‘갱신 전 계약’이라 합니다)의 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 계약일 현재 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 계약에 대한 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제3호에 규정한 ‘암보장개시일’로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

제15조 【피보험자의 범위 및 자격의 득실】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형, 자녀형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자(주계약의 피보험자가 2인 이상일 경우에는 주피보험자)로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
 3. 자녀형의 경우 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형 또는 자녀형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 또는 자녀의 자격을 상실한 경우에 계약자는 즉시 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항의 규정에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제16조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우 환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날로 합니다. 다만, 본인형, 배우자형의 경우 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일의 전일로 하며, 자녀형의 경우 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 30세 계약해당일 이후인 경우에는 30세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 - 1. 이 특약의 보험기간이 끝나는 날이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날과 같은 경우
 - 2. 피보험자에게 ‘암’으로 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단자금 지급사유가 발생한 경우(다만, 「유방암 또는 남녀 생식기관련암」, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단자금 지급사유가 발생한 경우에는 갱신이 가능합니다)
 - 3. 약관 제12조(특약의 성립 및 소멸)에 따라 이 계약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 특약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 재계산하고, 갱신할 때의 보험료율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 회사는 다음 각 호에 해당하는 경우 각 해당 내용을 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여 드립니다.
 - 1. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
 - 2. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용
- ⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제18조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제17조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 3년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제19조 【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 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 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)
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조 【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 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제20조(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) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제14조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제22조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제23조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 8] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제24조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7관 기타사항

제25조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유		지급금액
진단자금 (1)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '암보장개시일'(자녀형의 경우 보장개시일) 이후에 '암'으로 진단이 확정되었을 때 (최초 1회 한)	일반암	1,000만원 (다만, 최초계약의 보험계약일로부터 1년 미만엔 진단확정시 50% 지급)
		유방암 또는 남녀생식기관련암	300만원 (다만, 최초계약의 보험계약일로부터 1년 미만엔 진단확정시 50% 지급)
진단자금 (2)	피보험자가 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되었을 때 (다만, 각각 최초 1회에 한하여 지급)		100만원 (다만, 최초계약의 보험계약일로부터 1년 미만엔 진단확정시 50% 지급)

- 주) 1. 최초계약의 경우 계약일로부터 1년 미만엔 진단자금 지급사유가 발생하였을 때에는 진단자금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우는 진단자금의 100%를 지급합니다.
2. 이 특약에서 '암'이란 '기타피부암', '갑상선암' 및 '대장점막내암'을 제외한 암을 의미합니다.
3. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)을 청약한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '암보장개시일'(자녀형의 경우 보장개시일) 이후에 「유방암 또는 남녀생식기 관련암」으로 진단확정 받고 그 후에 「일반암」으로 진단확정된 경우, 「일반암」에 해당하는 진단자금(1)에서 일반암 진단확정시점의 「유방암 또는 남녀생식기 관련암」에 해당하는 진단자금(1)을 뺀 차액(위1.에 따라 「유방암 또는 남녀생식기 관련암」으로 인한 진단자금(1)의 50%를 받았다고 하더라도 추가 진단된 시점이 1년 이후이면 「유방암 또는 남녀생식기 관련암」으로 인한 진단자금(1)의 100%를 뺀 차액)을 1회에 한하여 추가로 지급하여 드립니다. 그러나, 「일반암」으로 진단확정 받고 그 후에 「유방암 또는 남녀생식기 관련암」으로 진단확정된 경우, 「유방암 또는 남녀생식기 관련암」으로 인한 진단자금(1)은 추가로 지급되지 않습니다.
5. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 '암보장개시일'(자녀형의 경우 보장개시일) 이후에 제3조('암' 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 '암'으로 진단이 확정되거나 장애분류표([별표3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 장애지급률이 50% 이상인 장애상태가 되었을 때(다만, 갱신계약의 경우 갱신계약의 보장개시일 이후에 새로이 발생한 장애상태에 한하며, 갱신계약의 보장개시일 이전의 장애상태는 정상으로 봅니다)에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 주계약의 보험료 납입이 면제되었다 하더라도 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
6. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
7. 본인형 및 배우자형의 경우 이 특약의 피보험자가 보험계약일로부터 '암보장개시일' 전일 이전에 '암'으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
8. '대장점막내암'으로 보험금 지급사유 발생시 '대장점막내암'에 해당하는 진단자금을 지급하고 '제자리암'에 해당하는 진단자금은 지급되지 않습니다.

[별표2]

재 해 분류 표

- 주계약 약관의 [별표 2]와 동일 -

[별표 3]

장 해 분류 표

- 주계약 약관의 [별표 3]과 동일 -

[별표 4]

대상이 되는 악성신생물 분류표 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

- 암직접치료통원특약(무배당) 약관의 [별표 4]와 동일 -

[별표 5]

제자리의 신생물 분류표

- 암직접치료통원특약(무배당) 약관의 [별표 5]와 동일 -

[별표 6]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

- 암직접치료통원특약(무배당) 약관의 [별표 6]과 동일 -

[별표 7]

남녀생식기관련암 분류표

- 행복플러스3대질병진단특약(무배당) 약관의 [별표 8]과 동일 -

[별표 8]

**보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제23조 제2항 관련)**

구 분	적립기간	적립이율
진단자금(1),(2) (제5조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 3. 가산이율 적용시 제9조(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.

수술특약

|갱신형|무배당|

약관



목 차

제 1관 목적 및 용어의 정의	367
제1조 목적	367
제2조 용어의 정의	367
제 2관 보험금의 지급	367
제3조 '수술' 의 정의와 장소	367
제4조 보험금의 지급사유	368
제5조 보험금 지급에 관한 세부규정	368
제6조 보험금을 지급하지 않는 사유	369
제7조 보험금의 청구	370
제8조 보험금의 지급절차	370
제 3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	370
제9조 계약 전 알릴 의무	370
제10조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과	371
제 4관 특약의 성립과 유지	372
제11조 특약의 성립 및 소멸	372
제12조 회사의 보장개시	372
제13조 피보험자의 범위	372
제14조 특약내용의 변경 등	372
제15조 특약의 갱신	372
제16조 특약의 보험기간	373
제 5관 보험료의 납입	373
제17조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입	373
제18조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고 (독촉)와 특약의 해지	373
제19조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)	373

제 6관 특약의 해지 및 해지환급금 등	374
제20조 계약자의 임의해지	374
제21조 해지환급금	374
제22조 배당금의 지급	374
제 7관 기타사항	374
제23조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용	374
별표 ① 보험금 지급기준표	 375
별표 ② 재해분류표	 375
별표 ③ 장해분류표	 375
별표 ④ 수술 분류표	 376
별표 ⑤ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	 380

수술특약 | 갱신형무배당 약관

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 질병 또는 재해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해 : ‘[별표 2] 재해분류표’에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애 : ‘[별표 3] 장애분류표’에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
2. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율(갱신계약의 경우 갱신시점의 평균공시이율)을 말합니다.
※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.
3. 갱신일 : 이 특약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘수술’의 정의와 장소】

이 특약에서 ‘수술’은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자가 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 ‘[별표 4]수술 분류표’에서 정한 행위[기구를 사용하여 생체에 절단(특정부위를 잘라 내는 것), 절제(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)]를 말합니다. 단, 흡인(주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천재(바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경 BLOCK(신경의 차단)은 ‘수술’에 포함되지 않습니다.

[의료법 제3조(의료기관)]

- ① 이 법에서 ‘의료기관’이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 ‘의료업’이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원 : 조산사가 조산과 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」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 종합병원

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

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

신의료기술평가위원회

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

[의료법 제54조]

- ① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.
- ② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.
- ③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.
 - 1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
 - 2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
 - 3. 소비자단체에서 추천하는 자
 - 4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
 - 5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원
- ④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.
- ⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.
- ⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.
- ⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제4조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘[별표 4]수술 분류표’에서 정한 수술을 받았을 때에는 보험수익자에게 약정한 수술자금(‘[별표 1] 보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 한 종류의 수술에 대해서만 수술자금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료 목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술자금을 지급합니다.
- ② 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 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.

- ③ 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때(다만, 갱신계약의 경우는 갱신계약의 보장개시일 이후에 새로이 발생한 장애상태에 한하며, 갱신계약의 보장개시일 이전의 장애상태는 정상으로 봅니다)에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ④ 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ⑤ 제3항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표([별표 3] 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑦ 제3항에서 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표([별표 3] 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑧ 제3항에서 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 제3항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 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.
- ⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표([별표 3] 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑪ 제3항 및 제9항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑫ 장애분류표([별표 3] 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표([별표 3] 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 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제3항의 보험료 납입면제 중 해당 질병과 관련한 납입면제를 적용하지 않습니다.
- ⑭ 제13항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초 계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초 계약의 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 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 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

제7조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 수술확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 ‘[별표 5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제17항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제10조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제9조 【계약 전 알릴 의무】

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

[약관용어 설명]

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반했을 때에는 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

[상법 제651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)]

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제10조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제9조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한 할 수 없습니다.
 1. 회사가 특약의 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실 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 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제9조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

[계약 전 알릴 의무 위반 사례]

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

- ⑥ 제19조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다(부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초 계약으로 봅니다).

제 4 관 특약의 성립과 유지

제11조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약을 주계약 체결할 때 부가할 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제15조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ③ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
- ④ 제3항 제2호 ‘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 사망연월일을 기준으로 합니다.

제12조 【회사의 보장개시】

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 ‘갱신 전 계약’이라 합니다)의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제13조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우 환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 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 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날까지로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 80세 만기로 최종갱신합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간이 끝나는 날이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날과 같은 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 특약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 재계산하고, 갱신할 때의 보험료율을 적용합니다. 이 경우 회

사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여 드립니다.

- ⑥ 회사는 다음 각 호에 해당하는 경우 각 해당 내용을 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여 드립니다.
 - 1. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
 - 2. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용
- ⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제16조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제15조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 3년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 5 관 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 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제18조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 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)
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(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 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 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) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의

부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제12조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제20조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제21조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '[별표 5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제22조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7관 기타사항

제23조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
수술자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘[별표 4]수술 분류표’에서 정한 수술을 받았을 때	수술 1회당 30만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때(다만, 갱신계약의 경우는 갱신계약의 보장개시일 이후에 새로이 발생한 장애상태에 한하며, 갱신계약의 보장개시일 이전의 장애상태는 정상으로 봅니다)에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 특약의 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

[별표2]

재해분류표

- 주계약 약관의 [별표 2]와 동일 -

[별표 3]

장애분류표

- 주계약 약관의 [별표 3]과 동일 -

[별표 4]

수술 분류표

1. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구분	수술명	
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25cm ² 이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	
	2. 피부이식수술(25cm ² 미만인 경우)	
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보령금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함][치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	
	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]	
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함) 11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것] 11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술 13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	
	호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)
		16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술
17. 편도, 아데노이드 절제수술		
18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]		
19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]		
20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)		
21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]		
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	
	26. 심장내(心臟內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	
	29. 비장(脾腸) 절제수술	

구분	수술명
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)
	39. 탈장(脫腸) 근본수술
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술
비뇨기계 · 생식기계의 수술 (인공임신중절수 술은 제외함)	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈근본수술은 제외
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]
	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]
	47. 방광류·요실금 교정수술
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)
	50. 고환(辜丸), 부고환(副辜丸), 정관(精管), 정삭(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술
	51. 음낭관혈수술
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)
	55. 질탈(膻脫)근본수술
	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술
내분비기계의 수술	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술
	58. 부신(副腎) 절제수술
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]
	60. 신경(神經) 관혈수술
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술

구분	수술명
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술
	68. 각막, 공막 이식수술
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
	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.]
	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.]
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充填術)
	76. 안와내양절제수술
77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	
78. 안근(眼筋)관혈수술	
청각기(聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)
	81. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]
	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.]
	83. 내이(內耳) 관혈수술
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)
	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
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
	88-1. 뇌, 심장
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)
88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	

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
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)
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. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]

- 주) 1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 '1. 일반 질병 및 재해치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.
 2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.
 3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 수술로 인정합니다.
 - 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.
 - 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 수술의 정의에 부합할 경우 수술로 인정합니다.

III. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목
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]
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료

- 주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(수술분류표 사용 지침)

- '수술'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자가 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 <수술 분류표>에서 정한 행위[기구를 사용하여 생체에 절단(특정부위를 잘라 내는 것), 절제(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)]를 말합니다. 단, 흡인(주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경 BLOCK(신경의 차단)은 '수술'에 포함되지 않습니다.
- '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
- '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
- '관혈적 악성신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 광정술을 함께 실시한 경우입니다.
- <수술분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

<수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 '수술'의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

- 1) 수술분류표상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 수술분류표상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일로부터 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 <수술분류표> 중 '일반질병 및 재해치료 목적의 수술' 88항 (악성신생물의 경우는 '악성신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.
6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
7. '두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
8. 다음과 같은 수술은 수술급여금 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]

[별표 5]

**보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제21조 제2항 관련)**

구 분	적립기간	적립이율
수술자금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제21조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 3. 가산이율 적용시 제8조(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.

첫날부터 질병입원특약

|갱신형무배당

약관



목 차

제 1관 목적 및 용어의 정의	385
제1조 목적	385
제2조 용어의 정의	385
제 2관 보험금의 지급	385
제3조 '입원' 의 정의와 장소	385
제4조 보험금의 지급사유	385
제5조 보험금 지급에 관한 세부규정	385
제6조 보험금을 지급하지 않는 사유	387
제7조 보험금의 청구	387
제8조 보험금의 지급절차	387
제 3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	388
제9조 계약 전 알릴 의무	388
제10조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과	388
제 4관 특약의 성립과 유지	389
제11조 특약의 성립 및 소멸	389
제12조 회사의 보장개시	389
제13조 피보험자의 범위	389
제14조 특약내용의 변경 등	389
제15조 특약의 갱신	390
제16조 특약의 보험기간	390
제 5관 보험료의 납입	390
제17조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입	390
제18조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고 (독촉)와 특약의 해지	390
제19조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)	391

제 6관 특약의 해지 및 해지환급금 등	391
제20조 계약자의 임의해지	391
제21조 해지환급금	391
제22조 배당금의 지급	391
제 7관 기타사항	391
제23조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용	391
별표 ① 보험금 지급기준표	392
별표 ② 재해분류표	392
별표 ③ 장애분류표	392
별표 ④ 질병분류표	393
별표 ⑤ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	393

첫날부터질병입원특약 | 갱신형무배당 약관

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해 : [별표 2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애 : [별표 3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
2. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율(갱신계약의 경우 갱신시점의 이율)을 말합니다.
※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.
3. 갱신일 : 이 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

제2 관 보험금의 지급

제3조 【‘입원’의 정의와 장소】

이 특약에서 ‘입원’은 의사가 피보험자의 질병([별표 4] ‘질병분류표’에서 정하는 질병을 말하며, 이하 ‘질병’이라 합니다)으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국 내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

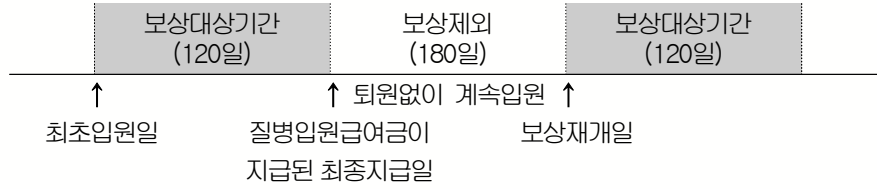
제4조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병으로 인하여 그 치료를 직접 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 질병입원급여금([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ② 제4조(보험금의 지급사유)에서 질병입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신 되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고 한도로 하여 계산합니다.
- ③ 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 동일한 질병으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원 일수를 더하여 제1항 및 제2항을 적용합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 의한 입원이라도 질병입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지난 후 개 시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원급여금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 지나도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상기간 예시>



- ⑤ 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 질병입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 계속 질병입원급여금을 지급합니다.
- ⑥ 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상의 장해상태가 되었을 때(다만, 갱신계약의 경우 갱신계약의 보장개시일 이후에 새로이 발생한 장해상태에 한하며, 갱신계약의 보장개시일 이전의 장해상태는 정상으로 봅니다)에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ⑧ 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ⑨ 제7항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표([별표 3] 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑩ 제9항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 재해일 또는 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑪ 제7항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표([별표 3] 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑫ 제7항에서 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.
- ⑬ 제7항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표([별표 3] 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑮ 제7항 및 제13항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑯ 장해분류표([별표 3] 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표([별표 3] 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 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 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제7항의 보험료 납입면제 중 해당 질병과 관련한 납입면제를 적용하지 않습니다.
- ⑱ 제17항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초 계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초계약의 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑲ 제18항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 면제되는 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 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중

에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 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

제7조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 입·퇴원확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 5] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 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. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제21항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제10조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제9조 【계약 전 알릴 의무】

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

[약관용어 설명]

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반했을 때에는 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

[상법 제651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)]

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제10조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제9조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한 할 수 없습니다.
 1. 회사가 특약의 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실 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 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제9조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

[계약 전 알릴 의무 위반 사례]

계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴사항에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금은 지급하지 않을 수 있습니다.

- ⑥ 제19조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

제 4관 특약의 성립과 유지

제11조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약을 주계약 체결시 부가할 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제15조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ③ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 - 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 - 2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
- ④ 제3항 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 사망연월일을 기준으로 합니다.

제12조 【회사의 보장개시】

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 ‘갱신 전 계약’이라 합니다)의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제13조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가

지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우 환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 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 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간이 끝나는 날이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날과 같은 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 특약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 재계산하고, 갱신할 때의 보험료율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 회사는 다음 각 호에 해당하는 경우 각 해당 내용을 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여 드립니다.
 - 1. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
 - 2. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용
- ⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제16조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제15조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 3년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

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 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제18조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 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)
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(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 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 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) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제12조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제20조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제21조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 5] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제22조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7관 기타사항

제23조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
질병입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 1일이상 계속하여 입원하였을 때(1회 입원당 120일 한도)	입원일수 1일당 1만원

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 특약의 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
3. 질병입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다. 다만, 이 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고 한도로 하여 계산합니다.

[별표 2]

재해분류표

- 주계약 약관의 [별표 2]와 동일 -

[별표 3]

장해분류표

- 주계약 약관의 [별표 3]과 동일 -

[별표 4]

질 병 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 질병

다음에 해당하는 질병은 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.
한국표준질병·사인분류상의(A00~F99, U00~U99)에 해당하는 질병

2. 보험금을 지급하지 않는 질병

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 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

※ ()안은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)상의 분류번호이며, 제8차 개정 이후 위의 질병 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표 5]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제21조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
질병입원급여금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후 부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후 부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제21조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 제8조(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.

암직접치료특약

|갱신형무배당

약관

목 차

제 1관 목적 및 용어의 정의	399
제1조 목적	399
제2조 용어의 정의	399
제 2관 보험금의 지급	399
제3조 '암' 등의 정의 및 진단 확정	399
제4조 '제자리암', '경계성종양'의 정의 및 진단 확정	400
제5조 '항암방사선치료'의 정의	400
제6조 '항암약물치료'의 정의	400
제7조 '수술'의 정의와 장소	401
제8조 '입원'의 정의와 장소	401
제9조 보험금의 지급사유	401
제10조 보험금 지급에 관한 세부규정	402
제11조 보험금을 지급하지 않는 사유	403
제12조 보험금의 청구	403
제13조 보험금의 지급절차	404
제 3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	404
제14조 계약 전 알릴 의무	404
제15조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과	405
제 4관 특약의 성립과 유지	406
제16조 특약의 성립 및 소멸	406
제17조 특약의 무효	406
제18조 회사의 보장개시	406
제19조 피보험자의 범위	406
제20조 특약내용의 변경 등	406
제21조 특약의 갱신	406
제22조 특약의 보험기간	407

제 5관 보험료의 납입	407
제23조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입	407
제24조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고 (독촉)와 특약의 해지	407
제25조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)	407
제 6관 특약의 해지 및 해지환급금 등	408
제26조 계약자의 임의해지	408
제27조 해지환급금	408
제28조 배당금의 지급	408
제 7관 기타사항	408
제29조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용	408
별표 ① 보험금 지급기준표	409
별표 ② 재해분류표	410
별표 ③ 장애분류표	410
별표 ④ 대상이 되는 악성신생물 분류표 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)	410
별표 ⑤ 제자리의 신생물 분류표	410
별표 ⑥ 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	410
별표 ⑦ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	411

암직접치료특약 | 갱신형 무배당 약관

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해 : [별표 2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애 : [별표 3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
2. 평균공사이율 : 전체 보험회사 공사이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율(갱신계약의 경우 갱신시점의 평균공사이율)을 말합니다.
※ 평균공사이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 암보장개시일 : 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)을 청약한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
 - 나. 갱신일 : 이 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘암’은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표 4] ‘대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)’에서 정한 질병을 말합니다. 다만, ‘기타피부의 악성신생물(분류번호 C44)’, ‘갑상선의 악성신생물(분류번호 C73)’, 제4항에서 정한 ‘대장점막내암’ 및 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

유의사항

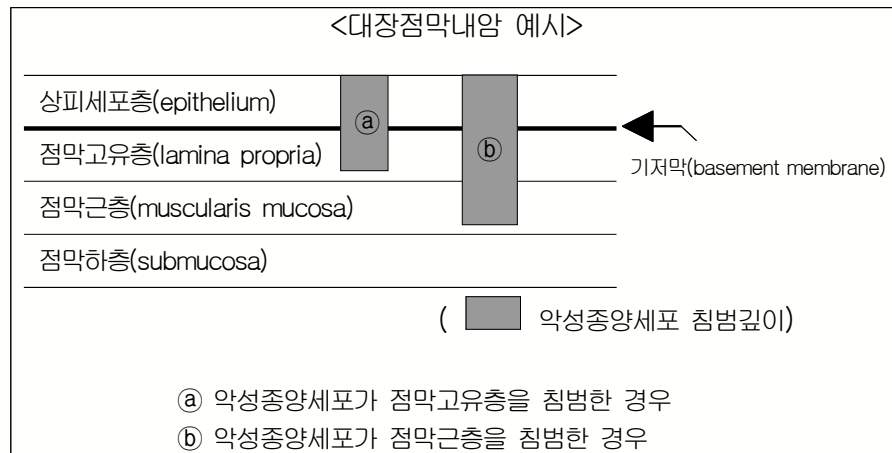
한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침’에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[약관용어 설명]

- **한국표준질병·사인분류** : 국민의 보건의료 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류표 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것

- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 ‘기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)’에 해당하는 질병을 말합니다.

- ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 ‘갑상선의 악성신생물(분류번호 C73)’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 ‘대장점막내암’이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장의 악성신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 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.



- ⑤ ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피부형자가 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑥ ‘대장점막내암’의 진단확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 위에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피부형자가 ‘대장점막내암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조 【‘제자리암’, ‘경계성종양’의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘제자리암’은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표 5] ‘제자리의 신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘경계성종양’은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표 6] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 진단 확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피부형자가 ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 【‘항암방사선치료’의 정의】

이 특약에서 ‘항암방사선치료’는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피부형자의 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제6조 【‘항암약물치료’의 정의】

이 특약에서 ‘항암약물치료’는 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피부형자의 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됨]

다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조 【‘수술’의 정의와 장소】

- ① 이 특약에서 ‘수술’은 의사가 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 및 ‘경계성종양’의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 병원이나 의원, 한의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 및 ‘경계성종양’의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체에 절단(특정부위를 잘라 내는 것), 절제(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(주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(NERVE BLOCK)은 ‘수술’에 포함되지 않습니다.
- ② 제1항의 ‘수술’은 제5조(‘항암방사선치료’의 정의)에서 정한 ‘항암방사선치료’와 제6조(‘항암약물치료’의 정의)에서 정한 ‘항암약물치료’는 제외합니다.

[약관용어 설명]

- **신의료기술평가위원회** : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

[의료법 제54조]

- ① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 ‘위원회’라 한다)를 둔다.
- ② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.
- ③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.
 1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
 2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
 3. 소비자단체에서 추천하는 자
 4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
 5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원
- ④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.
- ⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.
- ⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.
- ⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제8조 【‘입원’의 정의와 장소】

이 특약에서 ‘입원’은 의사가 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 및 ‘경계성종양’의 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.

제9조 【보험금의 지급사유】

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

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단확정 되고 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았거나, 이 특약의 보험기간 중 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단이 확정되고 그 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 직접적인 치

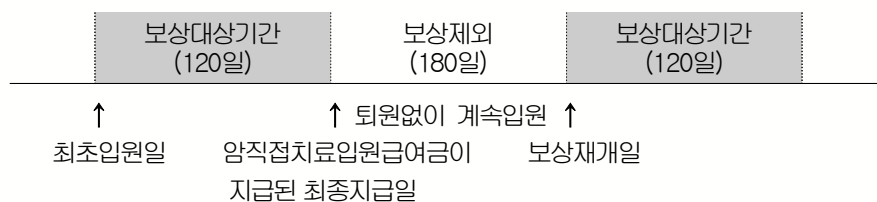
료를 목적으로 수술을 받았을 때 : 암수술자금

2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단확정 되고 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였거나, 이 특약의 보험기간 중 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단이 확정되고 그 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 암직접치료입원급여금
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단확정 되고 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암방사선치료’를 받았거나, 이 특약의 보험기간 중 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단이 확정되고 그 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암방사선치료’를 받았을 때 : 항암방사선치료자금 (다만, 각각 최초 1회에 한함)
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단확정 되고 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암약물치료’를 받았거나, 이 특약의 보험기간 중 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단이 확정되고 그 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암약물치료’를 받았을 때 : 항암약물치료자금 (다만, 각각 최초 1회에 한함)

제10조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 최초계약의 경우 계약일부터 1년 미만에 제9조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 암수술자금 지급사유가 발생하였을 때에는 암수술자금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우는 암수술자금의 100%를 지급합니다.
- ② 제9조(보험금의 지급사유) 제3호에서 제4호의 경우 ‘항암방사선치료’ 또는 ‘항암약물치료’를 받은 때에는 해당 항암방사선치료자금 또는 항암약물치료자금을 지급하며 제9조(보험금의 지급사유) 제1호의 암수술자금은 지급되지 않습니다.
- ③ 제9조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ④ 제9조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 암직접치료입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.
- ⑤ 제9조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 동일한 질병으로 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제4항을 적용합니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 질병에 의한 입원이라도 암직접치료입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암직접치료입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상기간 예시>



- ⑦ 제9조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 암직접치료입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제4항에 따라 계속 암직접치료입원급여금을 지급합니다.
- ⑧ 제9조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑨ 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표【별표 3】 참조 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때(다만, 갱신계약의 경우 갱신계약의 보장개시일 이후에 새로이 발생한 장해상태에 한하며, 갱신계약의 보장개시일 이전의 장해상태는 정상으로 봅니다)에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ⑩ 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

- ⑪ 제9항에서 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, 장해 분류표([별표 3] 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑬ 제9항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표([별표 3] 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑭ 제9항에서 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.
- ⑮ 제9항에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑯ 제15항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표([별표 3] 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표([별표 3] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑰ 제9항 및 제15항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑱ 장해분류표([별표 3] 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표([별표 3] 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 제9조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제9항의 보험료 납입면제 중 해당 질병과 관련한 납입면제를 적용하지 않습니다.
- ⑳ 제19항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초계약의 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ㉑ 제20항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ㉒ 제25조(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 제9조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제11조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 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

제12조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 입·퇴원확인서, 수술확인서, 항암방사선치료확인서, 항암약물치료확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제13조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제12조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [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 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제12조(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. 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제23항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)의 위반과 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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.

【약관용어 설명】

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제14조 【계약 전 알릴 의무】

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

【약관용어 설명】

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약을 할 때 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반했을 때에는 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

[상법 제651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)]

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제15조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제14조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제27조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제14조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

【계약 전 알릴 의무 위반 사례】

계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴사항에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금은 지급하지 않을 수 있습니다.

- ⑥ 제25조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

제 4 관 특약의 성립과 유지

제16조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약을 주계약 체결시 부가할 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 만료 후 제21조(특약의 갱신)에

따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.

- ③ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 - 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 - 2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
- ④ 제3항 제2호 ‘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 사망연월일을 기준으로 합니다.

제17조 【특약의 무효】

이 특약의 피보험자가 최초계약의 계약일부터 제2조(용어의 정의) 제3호 및 제18조(회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일 전일 이전에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제18조 【회사의 보장개시】

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 ‘갱신 전 계약’이라 합니다)의 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제3호에 규정한 ‘암보장개시일’로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

제19조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제20조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제27조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우 환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제21조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 80세 계약해당일의 전일로 합니다.

- ③ 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간이 끝나는 날이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날과 같은 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 특약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 재계산하고, 갱신할 때의 보험료율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 회사는 다음 각 호에 해당하는 경우 각 해당 내용을 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여 드립니다.
 1. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
 2. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용
- ⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제22조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제21조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 3년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제23조 【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 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제24조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 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)
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제27조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제25조 【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 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한

것으로 봅니다.

- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험 계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제18조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제26조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제27조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제27조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 7] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제28조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7관 기타사항

제29조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
암수술자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단확정 되고 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았거나, 이 특약의 보험기간 중 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 그 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	100만원 (수술 1회당) (다만, 최초계약의 경우 계약일 부터 1년 미만에 암수술자금 지급사유 발생시 50% 삭감지급)
	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단이 확정되고 그 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	30만원 (수술 1회당) (다만, 최초계약의 경우 계약일 부터 1년 미만에 암수술자금 지급사유 발생시 50% 삭감지급)
암직접치료 입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단확정 되고 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였거나, 이 특약의 보험기간 중 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 그 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 때(1회 입원당 120일 한도)	5만원 (입원일수 1일당)
	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단이 확정되고 그 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’, ‘제 자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원 하였을 때 (1회 입원당 120일 한도)	2만원 (입원일수 1일당)
항암방사선 치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단확정 되고 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암방사선치료’를 받았거나, 이 특약의 보험기간 중 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 그 ‘대장점막내암’의 직접 적인 치료를 목적으로 ‘항암방사선치료’를 받았을 때	50만원 (최초 1회한)
	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경 계성종양’으로 진단이 확정되고 그 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경 계성종양’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암방사선치료’를 받았을 때	10만원 (각각 최초 1회한)
항암약물 치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단확정 되고 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암약물치료’를 받았거나, 이 특약의 보험기간 중 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 그 ‘대장점막내암’의 직접적 인 치료를 목적으로 ‘항암약물치료’를 받았을 때	50만원 (최초 1회한)
	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단이 확정되고 그 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또 는 ‘경계성종양’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암약물치료’를 받았을 때	10만원 (각각 최초 1회한)

1. 최초계약의 경우 계약일부터 1년 미만에 암수술자금 지급사유 발생시 암수술자금의 50%를 지급합니다(다만, 갱신계약의 경우에는 암수술자금의 100%를 지급합니다).
2. 이 특약에서 ‘암’이란 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암을 제외한 암을 의미합니다.
3. 이 특약의 ‘암보장개시일’은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)을 청약한 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
4. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표([별표 3] 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 장애지급률이 50% 이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
5. 특약의 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
6. 암직접치료입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다. 다만, 이 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고 한도로 하여 계산합니다.
7. 이 특약의 피보험자가 보험계약일부터 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
8. ‘항암방사선치료’ 또는 ‘항암약물치료’를 받은 때에는 해당 항암방사선치료자금 또는 항암약물치료자금을 지급하며 암수술자금은 지급되지 않습니다.

[별표 2]

재해분류표

- 주계약 약관의 [별표 2]와 동일 -

[별표 3]

장해분류표

- 주계약 약관의 [별표 3]과 동일 -

[별표 4]

대상이 되는 악성신생물 분류표 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

- 암직접치료통원특약(무배당) 약관의 [별표 4]과 동일 -

[별표 5]

제자리의 신생물 분류표

- 암직접치료통원특약(무배당) 약관의 [별표 5]와 동일 -

[별표 6]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

- 암직접치료통원특약(무배당) 약관의 [별표 6]과 동일 -

[별표 7]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제13조 제2항 및 제27조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
암수술자금, 암직접치료입원급여금, 항암방사선치료자금, 항암약물치료자금 (제9조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제27조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 3. 가산이율 적용시 제13조(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.

실손의료비특약

|갱신형무배당

약관



목 차

제 1관 일반사항 및 용어의 정의	417
제 1조 보장종목	417
제 2조 용어의 정의	417
제 2관 회사가 보상하는 사항	417
제 3조 보장종목별 보상내용	417
제 3관 회사가 보상하지 않는 사항	424
제 4조 보상하지 않는 사항	424
제 4관 보험금의 지급	430
제 5조 보험금 지급사유 발생의 통지	430
제 6조 보험금의 청구	430
제 7조 보험금의 지급절차	430
제 5관 계약자의 계약 전 알릴의무 등	431
제 8조 계약 전 알릴 의무	431
제 9조 상해보험계약 후 알릴 의무 등	431
제10조 알릴 의무 위반의 효과	432
제 6관 특약의 성립과 유지	433
제11조 특약의 성립 및 소멸	433
제12조 약관 교부 및 설명 의무 등	433
제13조 회사의 보장개시	434
제14조 피보험자의 범위 및 자격의 득실	434
제15조 특약내용의 변경 등	434
제16조 특약의 보험기간 및 갱신	435
제17조 특약의 보장내용 변경주기 및 재가입	435

제 7관 보험료의 납입	436
제18조 특약의 보험료 납입	436
제19조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고 (독촉)와 특약의 해지	436
제20조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활 (효력회복)	436
제 8관 특약의 해지 및 해지환급금 등	437
제21조 계약자의 임의해지	437
제22조 해지환급금	437
제23조 배당금의 지급	437
제 9관 다수보험의 처리 등	437
제24조 다수보험의 처리	437
제25조 연대책임	437
제 10관 기타사항	437
제26조 회사의 손해배상책임	437
제27조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용	438
별표 ❶ 용어의 정의	 439
별표 ❷ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	 441

실손의료비특약 | 갱신형|무배당 약관

※실손의료보험은 보험회사가 피보험자의 상해 또는 질병으로 인한 손해(의료비에 한정합니다)를 보상하는 상품입니다.

제 1 관 일반사항 및 용어의 정의

제1조 【보장종목】

① 회사가 판매하는 실손의료보험상품은 다음과 같이 표준형과 선택형 II로 구분되며, 각각 상해입원형, 상해통원형, 질병입원형 및 질병통원형의 4개 이내의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

보장종목		보상하는 내용	
표준형	질병	입원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
		통원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
	상해	입원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
		통원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
선택형 II	질병	입원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
		통원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
	상해	입원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
		통원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상

② 회사는 이 약관의 명칭에 ‘실손의료비’라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조 【용어의 정의】

이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 [별표 1] ‘용어의 정의’와 같습니다.

제 2 관 회사가 보상하는 사항

제3조 【보장종목별 보상내용】

회사가 이 계약의 보험기간 중 보장종목별로 각각 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

보장종목 **보상하는 사항**

① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약자가 정한 금액을 말합니다)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 본인 부담금과 ‘비급여 ^{주)} (상급병실료 차액은 제외합니다)’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.
	상급병실료차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
선 택 형	입원실료, 입원제비용 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인 부담금의 90% 해당액과 ‘비급여 ^{주)} (상급병실료 차액은 제외합니다.)’의 80% 해당액을 합한 금액. 다만, 본인이 실제로 부담한 금액을 기준으로 하며, 급여 중 본인부담금의 10% 해당액과 비급여의 20%해당액을 합산한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.
	상급병실료차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.

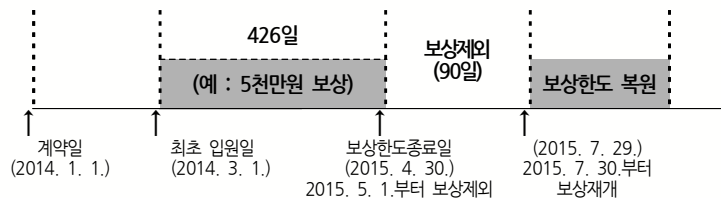
(1)
상해입원

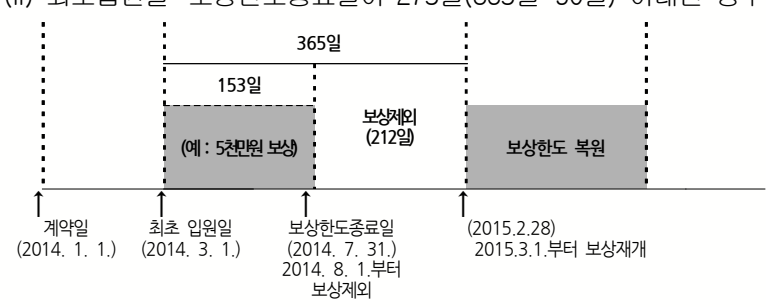
주) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

- ② 제1항의 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(「국민건강보험법」 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%를 하나의 상해당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 회사는 하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상한도종료일부터 90일이 경과한 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다(계속 입원을 포함합니다.) 다만, 최초 입원일부터 275일(365일-90일)이내에 보상한도종료일이 있는 경우에는 최초 입원일부터 365일이 경과되는 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다.

<보상기간 예시>

(i) 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이상인 경우



보장종목	보상하는 사항																
(1) 상해입원	<p style="text-align: center;">(ii) 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이내인 경우</p>  <p>⑤ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제4항을 적용합니다.</p> <p>⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.</p>																
(2) 상해통원	<p>① 회사는 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.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">구 분</th> <th style="width: 85%;">보 상 한 도</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">외래</td> <td>방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금^{주)}과 '비급여^{주)}'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 20만원의 한도내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회 한도로 합니다.)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">처방조제비</td> <td>처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금^{주)}과 '비급여^{주)}'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 10만원의 한도내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다.)</td> </tr> </tbody> </table> <p style="font-size: small;">주) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)</p> <p style="text-align: center;">< 표1 > 항목별 공제금액</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">구 분</th> <th style="width: 60%;">항 목</th> <th style="width: 30%;">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">표 준 형</td> <td style="text-align: center;">외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)</td> <td>「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</td> <td>1만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td></td> <td>「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원</td> <td>1만 5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table>	구 분	보 상 한 도	외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 ^{주)} 과 '비급여 ^{주)} '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 20만원의 한도내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회 한도로 합니다.)	처방조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 ^{주)} 과 '비급여 ^{주)} '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 10만원의 한도내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다.)	구 분	항 목	공제금액	표 준 형	외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 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 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액		「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
구 분	보 상 한 도																
외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 ^{주)} 과 '비급여 ^{주)} '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 20만원의 한도내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회 한도로 합니다.)																
처방조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 ^{주)} 과 '비급여 ^{주)} '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 10만원의 한도내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다.)																
구 분	항 목	공제금액															
표 준 형	외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 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 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액														
		「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액														

보장종목 **보상하는 사항**

(2) **상해통원**

구분	항목	공제금액	
표준형	외래	「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액
	처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액
선택형 II	외래(외래제비용)	「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 보건요를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액
	및 외래수술비(합계)	「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액
		「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액
	처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액

② 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원치료에 대해서는 다음 예시와 같이 보험기간 종료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

<보상기간 예시>



- ③ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원치료를 받거나 하나의 상해로 약국에서 2회 이상의 처방조제를 받은 경우 각각 1회의 외래 및 1건의 처방으로 보아 제1항과 제2항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.
- ④ 제1항의 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(「국민건강보험료율규정」의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중

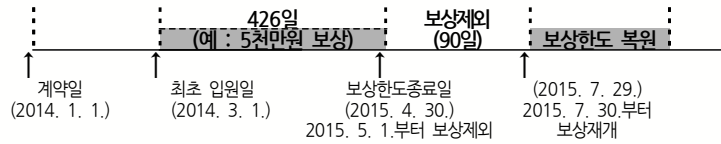
보장종목	보상하는 사항										
(2) 상해통원	<p>본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액의 40%를 통원의료비 중 외래의 경우 1회당 20만원, 처방조제비의 경우 1건당 10만원의 각각 한도내에서 보상합니다.</p> <p>⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.</p>										
(3) 질병입원	<p>① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.</p> <table border="1" data-bbox="331 630 1487 1295"> <thead> <tr> <th data-bbox="331 630 372 849">구분</th> <th data-bbox="372 630 1487 665">보상금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="331 665 372 849">예외대상</td> <td data-bbox="372 665 1487 849"> <p>입원실료, 입원제비용, 입원수술비</p> <p>「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여^{주)}(상급병실료 차액은 제외합니다)'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="331 849 372 959"></td> <td data-bbox="372 849 1487 959"> <p>상급병실료차액</p> <p>입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="331 959 372 1166">선택형 II</td> <td data-bbox="372 959 1487 1166"> <p>입원실료, 입원제비용, 입원수술비</p> <p>「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금의 90% 해당액과 '비급여^{주)}(상급병실료 차액은 제외합니다.)'의 80% 해당액을 합한 금액. 다만, 본인이 실제로 부담한 금액을 기준으로 하며, 급여 중 본인부담금의 10%해당액과 비급여의 20%해당액을 합산한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="331 1166 372 1295"></td> <td data-bbox="372 1166 1487 1295"> <p>상급병실료차액</p> <p>입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</p> </td> </tr> </tbody> </table> <p>주) 「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)</p> <p>② 제1항의 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.</p> <p>③ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(「국민건강보험법」요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%를 하나의 질병당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.</p> <p>④ 제1항에도 불구하고 회사는 하나의 질병으로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상한도 종료일부터 90일이 경과한날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다(계속입원을 포함합니다.) 다만, 최초 입원일부터 275일(365일-90일)이내에 보상한도종료일이 있는 경우에는 최초 입원일부터 365일이 경과되는 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다.</p>	구분	보상금액	예외대상	<p>입원실료, 입원제비용, 입원수술비</p> <p>「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여^{주)}(상급병실료 차액은 제외합니다)'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.</p>		<p>상급병실료차액</p> <p>입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</p>	선택형 II	<p>입원실료, 입원제비용, 입원수술비</p> <p>「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금의 90% 해당액과 '비급여^{주)}(상급병실료 차액은 제외합니다.)'의 80% 해당액을 합한 금액. 다만, 본인이 실제로 부담한 금액을 기준으로 하며, 급여 중 본인부담금의 10%해당액과 비급여의 20%해당액을 합산한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.</p>		<p>상급병실료차액</p> <p>입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</p>
구분	보상금액										
예외대상	<p>입원실료, 입원제비용, 입원수술비</p> <p>「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여^{주)}(상급병실료 차액은 제외합니다)'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.</p>										
	<p>상급병실료차액</p> <p>입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</p>										
선택형 II	<p>입원실료, 입원제비용, 입원수술비</p> <p>「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금의 90% 해당액과 '비급여^{주)}(상급병실료 차액은 제외합니다.)'의 80% 해당액을 합한 금액. 다만, 본인이 실제로 부담한 금액을 기준으로 하며, 급여 중 본인부담금의 10%해당액과 비급여의 20%해당액을 합산한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.</p>										
	<p>상급병실료차액</p> <p>입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</p>										

보장종목

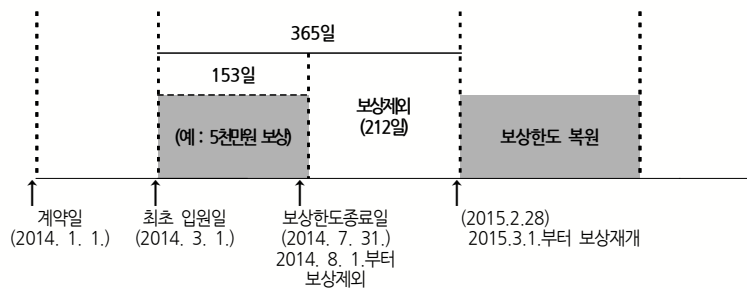
보상하는 사항

<보상기간 예시>

(i) 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이상인 경우



(ii) 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이내인 경우



(3) 질병입원

- ⑤ 제4항에서 “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 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 봅니다.
- ⑥ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제4항을 적용합니다.
- ⑦ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
- ⑧ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.
- ⑨ 제8항에서 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이란 이 약관 제19조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑩ 이 약관 제20조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

보장종목 **보상하는 사항**

① 회사는 피보험자가 질병으로 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.

구분	보상한도
외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인 부담금과 '비급여 ^{주)} '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제 금액'을 뺀 금액을 20만원의 한도내에서 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도로 합니다.)
처방조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인 부담금과 '비급여 ^{주)} '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제 금액'을 뺀 금액을 10만원의 한도내에서 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다.)

주) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

<표1> 항목별 공제금액

(4) 질병통원

구분	항목	공제금액	
표준형	외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 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 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액
	외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액
		「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양 기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액
처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액	
선택형 II	외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 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(보상대상 의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액) 중 큰 금액
	외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액) 중 큰 금액
		「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양 기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액) 중 큰 금액
	처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액) 중 큰 금액

보장종목	보상하는 사항															
(4) 질병통원	<p>② 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원치료에 대해서는 다음 예시와 같이 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.</p> <p style="text-align: center;"><보상기간 예시></p> <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20%;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="width: 20%;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="width: 20%;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="width: 20%;">추가보상 (180일)</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>↑</td> <td>↑</td> <td>↑</td> <td>↑</td> <td>↑</td> </tr> <tr> <td>계약(갱신)일 (2014.1.1.)</td> <td>계약(갱신)해당일 (2015.1.1.)</td> <td>계약(갱신)해당일 (2016.1.1.)</td> <td>계약(갱신)종료일 (2016.12.31.)</td> <td>보상종료 (2017.6.29.)</td> </tr> </table>	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)		↑	↑	↑	↑	↑	계약(갱신)일 (2014.1.1.)	계약(갱신)해당일 (2015.1.1.)	계약(갱신)해당일 (2016.1.1.)	계약(갱신)종료일 (2016.12.31.)	보상종료 (2017.6.29.)
	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)												
↑	↑	↑	↑	↑												
계약(갱신)일 (2014.1.1.)	계약(갱신)해당일 (2015.1.1.)	계약(갱신)해당일 (2016.1.1.)	계약(갱신)종료일 (2016.12.31.)	보상종료 (2017.6.29.)												
<p>③ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원치료를 받거나 하나의 질병으로 약국에서 2회 이상 처방조제를 받은 경우 각각 1회의 외래 및 1건의 처방으로 보아 제1항과 제2항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.</p> <p>④ 제3항에서 “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원한 경우에는 하나의 질병으로 봅니다.</p> <p>⑤ 제1항의 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.</p> <p>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 본인인 실제로 부담한 금액에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액의 40%를 통원의료비 중 외래의 경우 1회당 20만원, 처방조제비의 경우 1건당 10만원의 각각 한도내에서 보상합니다.</p> <p>⑦ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.</p> <p>⑧ 제5항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.</p> <p>⑨ 제8항에서 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이란 이 약관 제19조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독축)와 특약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.</p> <p>⑩ 이 약관 제20조[보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.</p>																

제 3 관 회사가 보상하지 않는 사항

제4조 【보상하지 않는 사항】

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해입원	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명</p>

(1)
상해입원

- 된 경우에는 보상합니다.
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 피보험자의 자의적인 입원으로 인하여 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, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 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 비급여의료비
 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 의료급여금 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

<p>(1) 상해입원</p>	<p>8. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해입원 제1항, 제2항 및 제4항부터 제6항에 따라 보상합니다.</p> <p>10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p>
<p>(2) 상해통원</p>	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 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 인하여 통원한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 <p>② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 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, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승 <p>③ 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 비급여의료비 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 <ol style="list-style-type: none"> 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

<p>(2) 상해통원</p>	<p>수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다.)</p> <p>마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>8. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)상해통원 제1항부터 제4항 및 제6항에 따라 보상합니다.</p> <p>10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p> <p>11. 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료</p>
<p>(3) 질병입원</p>	<p>① 회사는 다음의 사유로 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 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 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 <p>② 회사는 ‘한국표준질병사인분류’에 따른 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신 및 행동 장애(F04~F99) (다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」 상 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관적 유산자, 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 항문 질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64) <p>③ 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 의료법 제2조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비 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, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만,

(3) 질병입원	<p>회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비 <ol style="list-style-type: none"> 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 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 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]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 <ol style="list-style-type: none"> 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(응비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 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(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장 종목별 보상내용) (3)질병입원 제1항, 제2항 및 제4항부터 제10항에 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
(4) 질병통원	<ol style="list-style-type: none"> ① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다. <ol style="list-style-type: none"> 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 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 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 ‘한국표준질병사인분류’에 따른 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신 및 행동 장애(F04~F99) (다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」상 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관적 유산자, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)

(4)
질병통원

5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」상 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64)
- ③ 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
 1. 초과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 의료법 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비
 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, 의약품외품과 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(피보험자의 가입나이가 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 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]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, 인공장기등 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(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 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(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용, 간병비
 10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장 종목별 보상내용) (4)질병통원 제1항부터 제5항 및 제7항부터 제9항에 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

(4)
질병통원

13. 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4에 따라 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

제 4 관 보험금의 지급

제5조 【보험금 지급사유 발생의 통지】

계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 것을 알았을 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제6조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비 등))
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우 본인의 인감증명서 포함)
 4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 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 제6조(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 지급사유와 확인이 지연되는 경우
 6. 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급합니다.
- ④ 회사는 제1항에서 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 [별표 2] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제10조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

- ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보장종목별 보장내용)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 드는 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.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시급부금임

제5관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제8조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 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, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)에 따른 종합병원이나 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반했을 때에는 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

[상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)]

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제9조 【상해보험계약 후 알릴 의무 등】

- 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 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 이 특약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험료율(이하 ‘변경전 요율’이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 ‘변경후 요율’이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없는 사고로 발생한 손해에 대해서는 삭감하지 않습니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업, 직무의 변경된 사실을 회사에 알리지 않았을 경우에 변경 후 요율이 변경 전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제3항에 따라

보상됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제10조 【알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제8조(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 제9조(상해보험계약 후 알릴 의무 등) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우라도 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 특약을 해지할 수 없습니다.
 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대해서는 1년)이 지났을 때
 3. 계약체결일로부터 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, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 이 특약을 해지할 수 있습니다.
 5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 이 특약을 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 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 따른 이 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 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 따른 이 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 회사는 제9조(상해보험계약 후 알릴 의무 등) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유가 발생하는 데에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명할 경우에는 제4항 및 제5항에도 불구하고 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 이 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

[계약 전 알릴 의무 위반사례]

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

제6관 특약의 성립과 유지

제11조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 주피형, 종피형 중 선택하여 청약하고 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 이 특약을 주계약 체결할 때 부가할 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’, 제17조(특약의 보장내용 변경주기 및 재가입)에 따라 재가입된 경우에는 ‘재가입’이라 합니다.
- ③ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력이 없습니다.
 1. 피보험자가 사망한 경우
 - 가. 주피형의 경우 주계약이 해지, 무효, 취소된 경우 또는 주계약의 피보험자(주계약이 2인(3인 이상)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 동일합니다)가 사망하여 효력을 가지지 않게 된 경우
 - 나. 종피형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
 2. 제14조(피보험자의 범위 및 자격의 득실) 제3항에 의하여 피보험자의 자격이 상실된 경우
- ④ 제3항 제1호의 경우에는 사망 당시의 책임준비금(미경과보험료적립금)을 계약자에게 지급하고 제3항 제2호의 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제3항 제1호 ‘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 사망연월일을 기준으로 합니다.

제12조 【약관 교부 및 설명 의무 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 받아 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
 1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 해당 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 질문하거나 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【 통신판매계약 】

전화·우편·인터넷등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ② 다음의 어느 하나의 경우 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
 1. 회사가 제1항에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약할 때 계약자에게 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
 2. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우(자필서명에는 도장을 찍는 날인과 「전자서명법」 제2조 제2호 또는 제3호에 따른 전자서명 또는 공인전자서명을 포함합니다)
- ③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 다음의 어느 하나에 해당할 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항에 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 계약의 경우
- ④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

- ⑤ 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.

[약관용어 설명]

- **전자서명법** : 디지털적인 수단으로 전자문서에 서명한 것을 도장을 찍은 종이 등 기존 서류에 대해 한 서명이나 사용인감과 똑같은 법적 효력을 갖도록 규정한 법률

[전자서명법 제 2조]

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
 (이하 생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제13조 【회사의 보장개시】

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 ‘갱신 전 계약’이라 합니다)의 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 재가입 계약의 경우 이 계약이 재가입되기 직전 계약의 보장내용 변경주기가 끝나는 날의 다음날을 보장개시일로 합니다.

제14조 【피보험자의 범위 및 자격의 득실】

- ① 이 특약의 피보험자는 주피형, 종피형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 주피형의 경우 주계약이 1인보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 2인(3인 이상)보장보험일 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
 2. 종피형의 경우 다음과 같이 정합니다.
 - 가. 주계약이 1인보장보험일 경우에는 주계약 피보험자의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 및 자녀 등
 - 나. 주계약이 2인(3인 이상)보장보험일 경우에는 주계약의 종피보험자
- ② 이 특약을 체결할 때 제1항에서 정한 피보험자에 해당되는 자는 그 해당된 날에 피보험자의 자격을 취득합니다.
- ③ 제1항 제2호 가목에서 이 특약의 피보험자가 주계약 피보험자의 배우자일 경우, 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 그 날부터 피보험자의 자격을 상실하며, 더 이상 보상하지 않습니다. 이 경우 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 제1항 제2호 나목에서 이 특약의 피보험자가 주계약의 종피보험자에 해당되지 않게 된 때에는 그 날부터 피보험자의 자격을 상실하며 더 이상 보상하지 않습니다.
- ⑤ 제1항 제2호 가목에서 이 특약의 피보험자가 주계약 피보험자의 배우자일 경우, 제3항에 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않고 계속하여 보상합니다.

제15조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 회사의 승낙을 받아 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 회사는 승낙사실을 서면으로 알리거나 보험증권

의 뒷면에 적어 드립니다.

1. 보험종목 또는 보장종목
 2. 보험료 납입주기 및 납입방법
 3. 계약자 등 그 밖의 계약내용
- ② 계약자가 제1회 보험료를 납입한 날부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험 종목의 변경을 요청할 경우 회사는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 보험 종목을 변경하여 드립니다.
 - ③ 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리자로서 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.
 - ④ 계약자가 제3항에 따라 보험수익자를 변경하려는 계약자는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
 - ⑤ 제1항에 따라 계약자가 변경된 경우 회사는 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고, 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제16조 【특약의 보험기간 및 갱신】

- ① 이 특약의 보험기간은 1년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 계약은 갱신되지 않습니다.
- ③ 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날(다만, 주계약이 연금보험인 경우 연금개시전 보험기간)까지로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 만기로 최종갱신합니다.
- ④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험기간이 끝나는 날 이전에 제11조(특약의 성립 및 소멸)에 따라 계약이 소멸된 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ⑤ 갱신계약의 경우 제13조(회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 '갱신 전 계약'이라 합니다)의 보험기간이 끝나는 날의 다음날(이하 '갱신일'이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.
- ⑥ 갱신계약에 대하여는 갱신일 현재의 보험료율(상해입원 및 상해통원의 경우 피보험자의 직업 또는 직무 위험등급에 따라 산출된 보험료율을 말함)을 적용하고, 그 보험료율은 나이의 증가, 의료수가의 변동, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑦ 제6항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 계약의 보험기간이 끝나는 날의 30일전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여 드립니다. 다만, 최종 갱신계약의 경우에는 안내하지 않습니다.

제17조 【특약의 보장내용 변경주기 및 재가입】

- ① 이 특약의 보장내용 변경주기는 계약의 보장내용(보장범위 및 자기부담금 등)이 관련 법령, 금융위원회의 명령, 표준약관 등에 따라 변경될 수 있는 주기를 말하며 15년으로 합니다. 다만, 이 특약의 재가입 종료일까지의 남은 기간이 15년 미만인 경우 그 남은 기간을 보장내용 변경주기로 합니다.
- ② 이 특약의 재가입이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날(다만, 주계약이 연금보험인 경우 연금개시전 보험기간)까지로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 보장내용 변경주기가 끝나는 날은 「최초(재)가입나이+보장내용 변경주기」 세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ④ 회사는 최초계약을 체결할 때 계약자에게 보장내용 변경주기가 끝난 후 재가입시 인수조건(재가입가능 최고연령 등)을 설명해야 하고, 이 계약의 재가입 시점에 관련 법령, 금융위원회의 명령, 표준약관 등에 따라 보장내용이 변경될 수 있음을 설명하여 드립니다.
- ⑤ 이 특약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 보장내용 변경주기가 끝나는 날까지 재가입 의사를 표시한 때에는 회사가 정한 절차에 따라 계약자는 보장내용 변경주기가 끝나는 날의 다음날로 재가입 할 수 있습니다.
 1. 재가입일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 계약 당시 정한 나이의 범위 내인 경우
 2. 재가입 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 경우

- ⑥ 이 특약의 자동갱신종료 후 계약자가 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료보험 상품으로 가입을 할 수 있으며, 회사는 이를 거절할 수 없습니다.
- ⑦ 회사는 계약의 보장내용 변경주기가 끝나기 30일 이전까지 2회에 걸쳐 계약자에게 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부 확인을 위한 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서로 알려드리고, 보장내용 변경주기가 끝나는 날까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 재가입하지 않는 것으로 봅니다. 다만, 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 않은 경우는 그러하지 않습니다.
- ⑧ 회사가 제7항에 의한 안내를 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것으로 확인되는 경우에는 제6항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

제 7 관 보험료의 납입

제18조 【특약의 보험료 납입】

- ① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 동일합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ③ 최초계약의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

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

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닐 때에는 최고(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 계약이 해지된다는 내용. 이 경우 이 특약이 해지되면 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조 【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 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제19조(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) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제8관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제21조 【계약자의 임의해지】

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

제22조 【해지환급금】

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

제23조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제9관 다수보험의 처리 등

제24조 【다수보험의 처리】

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비에 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. 이 경우 입원, 외래, 처방 조제를 각각 구분하여 계산합니다.

[비례분담액 계산 예시]

● 각 계약별 비례분담액 =

$$\frac{(\text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액})}{\text{각 계약별 보상책임액을 합한 금액}} \times \text{각 계약별 보상책임액}$$

제25조 【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 보험가입 금액 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.

제10관 기타사항

제26조 【회사의 손해배상책임】

- ① 회사는 계약과 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 있었는데도 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[약관 교부 및 설명 의무 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 이계약의 최초계약일부터 5년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 계약의 최초계약일부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제27조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

용어의 정의

용어	정의
계약	보험계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약
보험증권	계약의 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 계약에서 정한 보상책임을 지는 기간
회사	보험회사
연단위복리	회사가 지급할 금전에 대한 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 평균공시이율(최초계약의 경우 최초계약 체결 시점의 평균공시이율, 갱신계약의 경우 갱신시점의 평균공시이율)을 말합니다.
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날은 제외
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	「의료법」 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	「약사법」 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분
약국	「약사법」 제2조 제3호에 따른 장소로서, 약사가 수여(授與)할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
병원	「국민건강보험법」 제42조(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 제3조(의료기관) 제2항에서 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, 환자 관리료, 식대 등

용어	정의
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방받은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액
보상한도종료일	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」 제42조 제1항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업 예외 지역에서의 약사의 직접조제를 포함
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비
요양급여	「국민건강보험법」 제41조(요양급여)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음의 요양급여 1. 진찰검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처차·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	「의료급여법」 제7조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여 1. 진찰검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처차·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 8. 그 밖에 의료 목적의 달성을 위한 조치

용어	정의
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법 시행령」 별표3에서 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」 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
보상대상의료비	실제 부담액 - 보상제외금액* * 제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액 및 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 회사가 보장하지 않는 금액
보상책임액	(보상대상의료비 - 피보험자부담 공제금액)과 보험가입금액 중 작은 금액
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함

[별표 2]

**보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제7조 제4항 및 제22조 제2항 관련)**

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

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 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) 제2항 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.

연금전환특약

|무배당

약관



목 차

제 1관 목적 및 용어의 정의	447
제1조 목적	447
제2조 용어의 정의	447
제 2관 보험금의 지급	448
제3조 보험금의 지급사유	448
제4조 보험금 지급에 관한 세부규정	448
제5조 보험금을 지급하지 않는 사유	448
제6조 보험금의 청구	449
제7조 보험금의 지급절차	449
제8조 보험금 받는 방법의 변경	449
제 3관 특약의 성립과 유지	450
제9조 특약의 성립 및 소멸	450
제10조 전환의 취소	450
제11조 특약내용의 변경 등	450
제12조 피보험자의 범위	451
제13조 특약의 보험기간	451
제 4관 보험료의 납입	452
제14조 특약 보험료의 납입 및 회사의 보장개시	452
제 5관 특약의 해지 및 해지환급금	452
제15조 계약자의 임의해지	452
제16조 공시이율의 적용 및 공시	452
제17조 해지환급금	452
제18조 보험계약대출	453
제19조 계약자적립금의 중도인출	453

제 6관 | 기타사항 453

제20조 전환전계약 약관 규정의 준용 | 453

별표 ① 보험금 지급기준표 | 454

별표 ② 재해분류표 | 455

별표 ③ 장애분류표 | 455

별표 ④ 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 | 456

연금전환특약 | 무배당 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

- ① 이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 장애에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.
- ② 특약은 다음에 정하는 “보장계약”과 “연금계약”으로 이루어지며, 계약자는 “보장계약”과 “연금계약”을 동시에 체결하여야 합니다.
 1. 보장계약
연금개시 전 보험기간 중 피보험자가 제3조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 고도재해장애보험금을 지급받기 위한 계약
다만, 연금개시나이가 이 특약의 가입나이와 동일한 경우 “보장계약”은 해당사항이 없습니다.
 2. 연금계약
연금개시 후 보험기간 중 계약자가 선택한 연금지급방법에 따라 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 연금을 지급받기 위한 계약

제2조 【용어의 정의】

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

1. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애 : [별표3] 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
2. 지급금과 이자율 관련 용어
 - 가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
 - 나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.
※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.
 - 다. 계약자적립금
‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 계산한 금액으로, 연금계약 순보험료(납입보험료에서 보장계약보험료 및 부가보험료를 뺀 금액)를 제16조(공시이율의 적용 및 공시)에서 정한 공시이율로 납입일부터 일자 계산에 의하여 적립한 금액을 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 연금개시 전 보험기간 : 보험계약일부터 연금지급개시일 전일까지의 기간을 말합니다.
 - 나. 연금개시 후 보험기간 : 연금지급개시일부터 최종연금 지급일까지의 기간을 말합니다.
 - 다. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
4. 보험료 관련 용어
 - 가. 기본보험료
회사의 승낙을 얻어 전환전계약의 지급금의 전부 또는 일부를 일시에 1회에 한하여 납입하는 것을 말합니다.
 - 나. 추가납입보험료
계약자가 기본보험료 외에 보험계약 성립 후부터 「연금개시나이 - 2세」 계약해당일까지 기본보험료의 납입주기와 달리 수시로 납입할 수 있는 보험료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금 ([별표1] "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 연금개시전 보험기간 중 발생한 장애분류표([별표3] 참조) 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되었을 때(최초 1회한) : 고도재해장해보험금
2. 피보험자가 연금개시후 보험기간의 매년 연금지급 해당일에 살아 있을 때(다만, 확정기간연금(개인연금형)의 경우 피보험자의 생사여부와 관계없이 계약자가 선택한 확정기간의 연금 지급해당일 도래시) : 연금지급형태에 따른 연금

제4조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제3조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표([별표3] 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화 된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유) 제1호 및 동조 제6항에서 “동일한 재해”란 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ④ 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표([별표3] 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애 지급률만을 적용합니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애 (이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애의 지급률로 정합니다.
- ⑥ 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 동일한 재해로 두 가지 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.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표([별표3] 참조)상의 두 가지 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.
- ⑧ 장애분류표([별표3] 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표([별표3] 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑨ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 보험금지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문 의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑩ 제3조(보험금의 지급사유)에서 해당월에 지급해당일이 없는 경우 해당월의 말일을 지급해당일로 봅니다.

제5조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급합니다.
 - 가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 연금개시 전 보험기간에 한하여 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 바에 따라 회사가 적절한 사망당시의 계약자적립금을 지급합니다.
 - 나. 계약의 보장개시일부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 연금개시전 보험기간에 한하여 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 바에 따라 회사가 적절한 사망당시의 계약자적립금을 지급합니다.
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 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)
 3. 피보험자의 가족관계등록부 또는 주민등록등본(연금의 경우)
 4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 5. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 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 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에 해당하는 보험금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려 드리며, 제1항에 따라 연금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산([별표4] 참조)”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 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 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) 제9항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자 또는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)의 위반과 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

제8조 【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 “사업방법서”에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)

제1호에 따른 고도재해장해보험금의 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 종신연금(개인연금형/부부연금형) 및 조기집중연금(개인연금형)의 경우 보증지급기간 안에 지급 해당되는 연금액 또는 확정기간연금(개인연금형)의 경우 확정기간연금 지급기간 내에 지급 해당되는 연금액은 공시이율로 할인하여 선지급할 수 있습니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제9조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 보험계약 체결 시 또는 체결후 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약(이하 주된 보험계약은 “전환전계약”이라 합니다)에 부가하여 이루어집니다.
- ② 계약자는 연금개시일 전일까지 회사가 정한 바에 따라 종신연금(개인연금형/부부연금형), 조기집중연금(개인연금형), 확정기간연금(개인연금형), 상속연금(개인연금형) 중 연금지급형태를 결정하여야 합니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 연금의 지급이 완료되었거나 제12조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 않으며, 연금개시전에 이 특약의 효력을 상실한 경우 회사는 사망당시 계약자적립금을 드립니다.
- ④ 제3항의 계약자적립금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립금 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립금을 청구하여야 합니다. 계약자적립금의 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표4] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ⑤ 제3항의 ‘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.

제10조 【전환의 취소】

- ① 계약자는 전환 신청을 한 날부터 15일 이내에 그 전환을 취소할 수 있습니다.
- ② 계약자가 전환을 취소한 때에는 회사는 전환의 취소를 접수한 날부터 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ③ 전환을 취소할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 전환취소의 효력은 발생하지 않습니다.

제11조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 연금지급형태
 2. 연금지급개시나이의 단축
 3. 계약자
 4. 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 제1항 제2호에 따라 연금지급개시나이를 연금지급개시 전까지 회사가 정한 방법에 따라 단축할 수 있습니다.
- ④ 계약자는 제1항 제1호에 따라 연금지급개시 전까지 회사가 정한 방법에 따라 다음의 연금지급형태 중 하나로 변경할 수

있습니다. 조기집중연금(개인연금형)으로 연금지급형태를 변경할 경우 조기집중기간(5년~20년) 및 조기집중배수(2배~5배)를 선택해야 합니다.

1. 종신연금(개인연금형/부부연금형)
 - 개인연금형 : 10년보증지급형, 15년보증지급형, 20년보증지급형, 25년보증지급형, 30년보증지급형
 - 부부연금형 : 10년보증지급형, 15년보증지급형, 20년보증지급형, 25년보증지급형, 30년보증지급형
 2. 조기집중연금(개인연금형) 20년보증지급형
 3. 확정기간연금(개인연금형)
 - 10년확정형, 15년확정형, 20년확정형
 4. 상속연금(개인연금형)
- ⑤ 계약자가 제4항에 따라 확정기간연금(개인연금형)으로 연금지급형태를 변경하는 경우의 연금개시 후 보험기간은 연금지급 개시일부터 계약자가 선택한 확정기간 동안으로 하며, 그 외의 연금지급형태로 변경하는 경우의 연금개시 후 보험기간은 종신으로 합니다.
- ⑥ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑦ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제12조 【피보험자의 범위】

- ① 이 계약의 피보험자는 종신연금의 경우 연금개시 전 보험기간 및 연금개시 후 보험기간에 따라 다음에서 정한 자로 합니다.
1. 연금개시 전 보험기간의 피보험자는 전환전계약의 피보험자로 합니다.
 2. 연금개시 후 보험기간의 피보험자는 개인연금형의 경우에는 전환전계약의 피보험자로 하며, 부부연금형의 경우에는 전환전계약의 피보험자(이하 '주피보험자'라고 합니다)와 연금지급 개시할 때 주피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '종피보험자'라 합니다)로 합니다('주피보험자'와 '종피보험자'를 합하여 '피보험자'라 합니다).
- ② 부부연금형의 경우 연금지급 개시 후 종피보험자가 사망 이외의 원인(이혼 등)으로 종피보험자가 제1항 제2호에 해당되지 않게 된 경우 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 하며, 이 경우 더 이상 종피보험자의 자격을 가지지 않습니다.
- ③ 부부연금형의 경우 연금지급 개시 후 새로이 제1항 제2호에 해당되는 피보험자는 회사의 승낙을 얻어 그 해당된 날부터 종피보험자의 자격을 취득합니다. 이 경우 회사는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 새로운 종피보험자의 나이에 따른 부부연금형의 계약자적립금 차액을 정산하여 드리며, 자격취득시점부터의 연금액은 새로이 계산된 연금액을 지급합니다. 그러나, 연금지급 개시후 종피보험자가 사망하였을 경우 새로이 제1항 제2호에 해당되는 자는 종피보험자의 자격을 취득하지 않습니다.
- ④ 제2항의 경우 계약자는 회사의 승낙을 얻어 주피보험자를 피보험자로 하는 개인연금형으로 전환할 수 있습니다. 이 경우 회사는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 개인연금형과 부부연금형의 계약자적립금 차액을 정산하여 드리며, 전환시점부터의 연금액은 개인연금형으로 전환된 연금액을 지급합니다.
- ⑤ 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.
- ⑥ 종신연금을 제외한 다른 연금지급형태의 경우 이 계약의 피보험자는 전환전계약의 피보험자로 합니다.

제13조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약의 계약일로부터 연금개시일 전일까지를 연금개시전 보험기간으로 하고, 종신연금(개인연금형/부부연금형), 조기집중연금(개인연금형), 상속연금(개인연금형)의 경우 연금개시일부터 종신까지, 확정기간연금(개인연금형)의 경우 연금개시일부터 최종연금 지급일까지를 연금개시후 보험기간으로 합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제14조 【특약 보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

- ① 이 특약의 보험료는 회사의 승낙을 얻어 전환전계약의 지급금의 전부 또는 일부를 일시에 1회에 한하여 납입하는 것으로 합니다.
- ② 추가납입보험료는 회사가 정한 방법 및 납입한도에 따라 계약 성립 후부터 「연금개시나이 - 2세」 계약해당일까지 수시로 납입할 수 있습니다.
- ③ 연금개시전 보험기간 중 납입할 수 있는 추가납입보험료의 총 한도는 기본보험료 총액의 100% 이내로 하며, 중도인출이 있었을 경우에는 인출금액의 누계액만큼 추가로 납입이 가능합니다. 1회 납입 가능한 추가납입보험료는 최저 10만원 이상으로 만 원단위로 하며, 경과기간에 따른 최고 한도는 아래에서 정한 방법에 따라 계산합니다.
<1회 납입 가능 한도>
기본보험료 × 100% - 이미 납입한 추가납입보험료의 합계 + 중도인출금액의 합계
- ④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 계약자가 신청한 전환일부터 시작되며 이 특약의 보장개시일부터 전환전 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금

제15조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제17조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 종신연금(개인연금형/부부연금형) 및 조기집중연금(개인연금형)의 경우 연금지급이 개시된 후에는 해지할 수 없습니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 기재하여 드립니다.

제16조 【공시이율의 적용 및 공시】

- ① 이 특약의 계약자적립금에 적용하는 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 공시이율(전환전계약 가입 후 10년 이내의 기간 동안은 연단위 복리 2.0%, 10년을 초과하는 기간 동안은 연단위 복리 1.25% 최저보증)로 하며, 매월 1일부터 당월 말일까지 1개월간 확정 적용합니다.

【 약관용어 설명 】

- **최저보증이율** : 운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율을 말합니다. 예를 들어, 계약자적립금이 공시이율에 따라 적립되며 공시이율이 0.5%인 경우, 계약자적립금은 공시이율(0.5%)이 아닌 최저보증이율(전환전계약 가입 후 10년 이내의 기간 동안은 연단위 복리 2.0%, 10년을 초과하는 기간 동안은 연단위 복리 1.25%)로 적립됩니다.

- ② 제1항의 공시이율은 이 특약의 “사업방법서”에서 정한 바에 따라 회사의 운용자산이익률과 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등 경영환경을 고려한 조정률을 가감하여 결정하며, 공시이율은 산출된 공시기준이율의 70%~130% 범위 내에서 정합니다.
- ③ 회사는 제1항 및 제2항에서 정한 공시이율 및 산출방법 등을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

제17조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금을 계산 할 때 적용되는 공시이율은 제16조(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 [별표4] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제18조 【보험계약대출】

- ① 계약자는 이 특약의 해지환급금(다만, 보험계약대출의 원금과 이자를 제외한 금액) 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 "보험계약대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **보험계약대출** : 계약자가 자신이 가입한 보험을 담보로 하여 받는 대출

제19조 【계약자적립금의 중도인출】

- ① 계약자는 계약일부터 1개월이 지난 후부터 연금개시전 보험기간 중에 보험년도 기준 연12회에 한하여 계약자적립금의 일부를 인출할 수 있으며 1회에 인출할 수 있는 최고 금액은 인출할 당시 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 제외한 금액)의 50%를 초과할 수 없습니다. 인출금액은 10만원 이상 만원단위로 가능하며 인출시 수수료는 없습니다.
- ② 제1항에 따른 인출시 인출금액 및 인출금액에 부리되는 이자만큼 환급금에서 차감하여 지급하므로 해지환급금 및 연금액이 감소할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따른 인출은 추가납입보험료에 의한 계약자적립금에서 우선적으로 가능하며, 추가납입보험료에 의한 계약자적립금이 부족한 경우에 한하여 기본보험료의 계약자적립금에서 인출 가능합니다.
- ④ 제1항에 따라 계약자적립금의 일부를 인출하기 위해서는 인출 후 계약자적립금 잔액이 기본보험료의 30% 이상이 되어야 합니다.

제 6 관 기타사항

제20조 【전환전계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대해서는 전환전계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

□ 연금개시전 보험기간

급부명	지급사유	지급금액
고도재해장해 보험금	피보험자가 연금개시전 보험기간 중 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되었을 때 (최초 1회한)	1,000만원

주) 연금개시전 보험기간에 피보험자 사망시에는 사망당시의 계약자적립금을 지급하고 이 계약은 소멸합니다.

□ 연금개시후 보험기간

급부명	지급사유	지급금액
종신연금	개인 연금형 연금지급개시일 이후 보험기간 중 피보험자가 매년 계약해당일에 살아 있을 때	연금지급개시시의 계약자적립금을 기준으로 계산한 연금액을 지급(10년, 15년, 20년, 25년, 30년 보증지급)
	부부 연금형 연금지급개시일 이후 보험기간 중 주피보험자가 매년 계약해당일에 살아 있을 때 연금지급개시일 이후 보험기간 중 주피보험자가 사망하고 종피보험자가 매년 계약해당일에 살아 있을 때	연금지급개시시의 계약자적립금을 기준으로 계산한 연금액을 지급(10년, 15년, 20년, 25년, 30년 보증지급) 보증지급기간(10년, 15년, 20년, 25년, 30년)까지 연금 지급 후 주피보험자가 생존할 경우 지급되는 연금액의 100%를 지급
조기집중연금 (개인연금형)	연금지급개시일 이후 보험기간 중 피보험자가 매년 계약해당일에 살아 있을 때	연금지급개시시의 계약자적립금을 기준으로 계약자가 선택한 조기집중기간(5년~20년)과 조기집중배수(2배~5배)를 반영하여 아래와 같이 지급되도록 계산한 연금액 지급(20년 보증 지급) 조기집중기간 : 연금액×조기집중배수 조기집중기간 이후 : 연금액
확정기간연금 (개인연금형)	연금지급개시일 이후 보험기간 중 매년 계약해당일	연금지급개시시의 계약자적립금을 기준으로 계산한 연금액을 생존여부와 관계없이 연금지급기간 동안 지급(10년, 15년, 20년)
상속연금 (개인연금형)	연금지급개시일 이후 보험기간 중 피보험자가 매년 계약해당일에 살아 있을 때	연금지급개시시의 계약자적립금을 기준으로 공시이율에 의해 계산한 이자를 연금액으로 지급 [다만, 연금개시 후 보험기간 중 피보험자 사망한 경우에는 사망 시점의 상속연금 적립금을 생존수익자에게 지급 후 이 계약은 소멸합니다.]

- 주) 1. 계약자적립금이란 이 특약의 보험료를 기준으로 공시이율을 적용하여 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정한 바에 따라 계산한 금액을 말합니다.
2. "공시이율"은 매월 1일에 회사가 정한 이율로 하며, 매월 1일부터 당월 말일까지 1개월간 확정 적용합니다. 다만, 공시이율은 전환전계약의 계약 후 10년 이내의 기간 동안은 연단위 복리 2.0%를, 10년을 초과하는 기간 동안은 연단위 복리 1.25%를 최저보증합니다.
3. 연금액은 "공시이율"을 적용하여 계산되기 때문에 "공시이율"이 변경되면 연금액도 변경됩니다.
4. 종신연금(개인연금형/부부연금형)의 경우 종신연금 지급개시 후 보증지급기간(10년, 15년, 20년, 25년, 30년) 동안에 피보험자(부부연금형의 경우 주피보험자)가 사망시에도 보증지급기간(10년, 15년, 20년, 25년, 30년)까지의 미지급된 각 연금액을 연금지급 해당일에 지급하여 드립니다.
5. 조기집중연금(개인연금형)의 경우 연금 지급개시 후 보증지급기간(20년) 동안에 피보험자가 사망시에도 보증지급기간까지의 미지급된 각 조기집중연금액을 매년 연금지급 해당일에 지급하여 드립니다.
6. 확정기간연금(개인연금형)의 경우 확정기간연금 지급개시 후 연금지급기간(10년, 15년, 20년) 동안에 피보험자가 사망시에도

연금지급기간(10년, 15년, 20년)까지의 미지급된 각 연금액을 연금지급 해당일에 지급하여 드립니다.

7. 보증지급기간(종신연금(개인연금형/부부연금형) 및 조기집중연금(개인연금형)) 또는 연금지급기간(확정기간연금(개인연금형)) 동안에 피보험자(부부연금형의 경우 주피보험자)가 사망시에는 종신연금 및 조기집중연금 미지급분(보증지급기간까지), 확정기간연금 미지급분(연금지급기간까지)을 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 회사의 승낙을 얻어 할인하여 일시금으로 선 지급할 수 있습니다.
8. 종신연금(개인연금형/부부연금형) 및 조기집중연금(개인연금형)의 경우 연금개시 당시 회사의 무배당 경험 개인연금사망률의 개정 등에 따라 연금액이 증가하게 되는 경우 연금개시 당시의 무배당 경험 개인연금사망률 및 계약자적립금을 기준으로 산출한 연금액을 지급하며, 이 경우 회사는 연금개시 전까지 연금액 변동내역 등을 안내하여 드립니다.

[별표 2]

재 해 분 류 표

- 주계약 약관의 [별표 2]와 동일 -

[별표 3]

장 해 분 류 표

- 주계약 약관의 [별표 3]과 동일 -

[별표 4]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제7조 제2항 및 제9조 제4항 및 제17조 제3항 관련)

구 분	적립기간		지급이자
고도재해장해 보험금 (제3조 제1호), 계약자적립금 (제9조 제3항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간		보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후 부터 60일 이내 기간		보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후 부터 90일 이내 기간		보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간		보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
연금 (제3조 제2호)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	보험기간 만기일 이내	공시이율
		보험기간 이후	-1년이내 : 공시이율의 50% -1년초과 기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해지환급금 (제17조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간		-1년이내 : 공시이율의 50% -1년초과 기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

- 주) 1. 연금은 회사가 연금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간은 공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 일자 계산하며, 전환전계약 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 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.

양육연금전환특약

| 무배당

약관

목 차

제 1관 보험금의 지급	461
제1조 양육연금의 운용	461
제2조 보험금의 청구	461
제3조 보험금의 지급절차	461
제 2관 특약의 성립과 유지	462
제4조 특약의 성립 및 소멸	462
제5조 회사의 보장개시	462
제6조 특약의 청약	462
제7조 수익자녀의 범위	462
제8조 특약내용의 변경	462
제9조 나이의 계산 및 적용	463
제 3관 보험료의 납입	463
제10조 특약 보험료의 납입	463
제11조 해지 특약의 부활(효력회복)	463
제 4관 특약의 해지	463
제12조 계약자의 임의해지	463
제13조 공시이율의 적용 및 공시	463
제 5관 기타사항	463
제14조 주계약 약관 규정의 준용	463
별표 ① 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	 464

양육연금전환특약 | 무배당 약관

제1관 보험금의 지급

제1조 【양육연금의 운용】

- ① 회사는 제6조(특약의 청약) 제2항에서 정한 양육연금의 지급을 위한 전환금액(이하 '양육연금전환금액'이라 합니다)을 재원(이하 '양육연금재원'이라 합니다)으로 양육연금의 지급기간(이하 '양육연금지급기간'이라 합니다) 동안 나누어 매년 사망보험금 청구해당일에 양육연금을 받는 자(이하 '수익자녀'라 합니다)에게 지급하며, 양육연금재원에 대한 제13조(공시이율의 적용 및 공시) 제1항의 적용이율은 사망보험금 청구일부터 적용됩니다.
- ② 제1항의 양육연금지급기간이라 함은 제6조(특약의 청약) 제3항의 양육연금의 지급종료나이(이하 '양육연금종료나이'라 합니다)에서 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)의 사망보험금 지급시 수익자녀의 나이를 뺀 기간을 말합니다.
- ③ 양육연금지급기간 중 수익자녀의 나이에 따른 제한사항은 아래와 같습니다.
 1. 수익자녀의 나이가 만20세 미만인 경우 수익자녀는 미지급 양육연금을 일시금으로 수령할 수 없습니다.
 2. 수익자녀의 나이가 만20세 이상인 경우 수익자녀는 미지급 양육연금을 일시금으로 수령할 수 있으며 이 때 그 일시금은 미지급 양육연금을 이 특약의 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 공시이율로 할인하여 계산한 금액으로 합니다.
- ④ 제3항 제1호에도 불구하고 수익자녀가 양육연금지급기간 중 사망한 경우에는 미지급 양육연금을 수익자녀의 법정상속인에게 일시금으로 지급하며 그 일시금은 미지급 양육연금을 이 특약의 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 공시이율로 할인하여 계산한 금액으로 합니다.
- ⑤ 수익자녀 또는 수익자녀의 법정대리인은 제3항 제2호의 경우를 제외하고 양육연금지급기간 중 미지급 양육연금에 대해서 주계약의 약관에 의한 일시금 청구나 보험금 수령방법의 변경에 관한 권리를 행사할 수 없습니다.

제2조 【보험금의 청구】

수익자녀, 수익자녀의 법정대리인은 아래 각 호의 서류를 제출하고 양육연금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상 자녀임을 확인할 수 있는 서류
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 수익자녀의 법정대리인의 경우 법정대리인임을 확인할 수 있는 서류
5. 기타 수익자녀가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

제3조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제2조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 양육연금을 지급합니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
- ② 회사는 양육연금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 수익자녀에게 알려 드리며, 제1항에 따라 양육연금을 지급함에 있어 양육연금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산([별표] 참조)'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 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제2조(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
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자 또는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)의 위반과 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금임

제2 관 특약의 성립과 유지

제4조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 또는 체결한 이후에 계약자의 청약과 회사의 승낙(이하 ‘특약의 체결’이라 합니다)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 주계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 피보험자의 사망으로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약의 효력은 제1조(양육연금의 운용) 제1항에서 정한 양육연금의 지급이 종료될 때까지 소멸하지 않습니다.

제5조 【회사의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.

제6조 【특약의 청약】

- ① 계약자는 주계약의 사망보험금 지급사유 발생 전에 한하여 이 특약을 청약할 수 있습니다. 계약자는 이 특약을 청약할 때 주계약의 사망시 보험수익자를 수익자녀로 지정 또는 변경하여야 합니다.
- ② 계약자는 주계약에서 일시 지급되는 사망보험금의 50% 이상을 양육연금전환금액으로 선택하여야 합니다.
- ③ 계약자는 수익자녀 나이 18세, 22세, 27세 중 하나를 양육연금종료나이로 선택해야 합니다.
- ④ 계약자가 이 특약을 청약하고 회사의 승낙이 있을 후 주계약의 사망보험금 지급사유가 발생하더라도 아래 각 호의 경우에는 이 특약을 적용하지 않습니다.
1. 주계약의 사망보험금 지급시 수익자녀의 나이가 이 특약을 체결할 때 정한 양육연금종료나이와 같거나 초과한 경우
 2. 이 특약의 체결 후 수익자녀가 사망하거나 주계약의 보험수익자에서 제외된 경우

제7조 【수익자녀의 범위】

제6조(특약의 청약) 제1항의 수익자녀는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상 자녀 중 1인으로 합니다.

제8조 【특약내용의 변경】

- ① 계약자는 주계약의 사망보험금 지급사유 발생 전에 한하여 회사의 승낙을 얻어 아래 각 호의 사항을 변경할 수 있습니다.
1. 양육연금전환금액
 2. 양육연금종료나이
- ② 계약자가 제1항 제1호 내지 제3호의 사항을 변경하고자 할 때에는 피보험자의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.
- ③ 계약자는 주계약의 사망보험금 지급사유 발생 전에 수익자녀를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않

습니다. 다만, 변경된 수익자녀가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 수익자녀가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

제9조 【나이의 계산 및 적용】

- ① 제6조(특약의 청약) 제3항 내지 제4항 및 제1조(양육연금의 운용) 제2항의 나이는 수익자녀의 만나이를 기준으로 합니다.
- ② 제1항의 만나이는 사망보험금 청구일 현재 수익자녀의 실제 만나이를 기준으로 1년 미만의 끝수는 버리고 이후 매년 사망 보험금 청구해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제3관 보험료의 납입

제10조 【특약 보험료의 납입】

이 특약의 보험료는 없습니다.

제11조 【해지 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활을 승낙한 경우에 한하여 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제5조(회사의 보장개시)의 규정을 따릅니다.

제4관 특약의 해지

제12조 【계약자의 임의해지】

계약자는 주계약의 보험금 지급사유가 발생하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다.

제13조 【공시이율의 적용 및 공시】

- ① 이 특약의 계약자적립금에 적용하는 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 공시이율(주계약 가입 후 10년 이내의 기간 동안은 연단위 복리 2.0%, 10년을 초과하는 기간 동안은 연단위 복리 1.25% 최저보증)로 하며, 매월 1일부터 당월 말일까지 1개월간 확정 적용합니다.

【 약관용어 설명 】

- **최저보증이율** : 운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율을 말합니다. 예를 들어, 계약자적립금이 공시이율에 따라 적립되며 공시이율이 0.5%인 경우, 계약자적립금은 공시이율(0.5%)이 아닌 최저보증이율(주계약 가입 후 10년 이내의 기간 동안은 연단위 복리 2.0%, 10년을 초과하는 기간 동안은 연단위 복리 1.25%)로 적립됩니다.
- ② 제1항의 공시이율은 이 계약의 “사업방법서”에서 정한 바에 따라 회사의 운용자산이익률과 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등 경영환경을 고려한 조정률을 가감하여 결정하며, 공시이율은 산출된 공시기준이율의 70%~130% 범위 내에서 정합니다.
 - ③ 회사는 제1항 및 제2항에서 정한 공시이율 및 산출방법 등을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

제5관 기타사항

제14조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대해서는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표]

**보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제3조 제2항 관련)**

적립기간		지급이자	
양육연금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	보험기간 만기일이내	공시이율
		보험기간 만기 이후	-1년 이내 : 공시이율의 50% -1년 초과기간 : 연 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

- 주) 1. 양육연금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
 2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

선지급서비스특약

약관



목 차

제 1관 보험금의 지급	469
제1조 보험금의 지급사유	469
제2조 보험금 지급에 관한 세부규정	469
제3조 보험금을 지급하지 않는 보험사고	469
제4조 보험금의 지정대리청구인	469
제5조 지정대리청구인의 변경지정	469
제6조 보험금의 청구	470
제7조 보험금의 지급절차	470
제 2관 특약의 성립과 유지	470
제8조 특약의 성립 및 소멸	470
제9조 회사의 보장개시	470
제10조 피보험자의 범위	470
제11조 특약내용의 변경	470
제12조 특약의 보험기간	470
제 3관 보험료의 납입	471
제13조 특약 보험료의 납입	471
제14조 해지 특약의 부활(효력회복)	471
제 4관 특약의 해지	471
제15조 계약자의 임의해지	471
제 5관 기타사항	471
제16조 주계약에 사망보장특약이 부가되어 있는 경우의 특칙	471
제17조 다른 특약의 취급	471
제18조 주계약 약관 규정의 준용	471

선지급서비스특약 약관

제1관 보험금의 지급

제1조 【보험금의 지급사유】

회사는 제12조(특약의 보험기간)에 정한 특약의 보험기간 중에 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원의 전문의 자격을 가진 자가 실시한 진단결과 피보험자의 남은 생존기간이 6개월 이내라고 판단한 경우에 회사의 청구서에 정한 바에 따라 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다) 사망보험금액의 일부를 선지급 사망보험금(이하 "보험금"이라 합니다)으로 피보험자에게 지급합니다.

제2조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험금을 지급하였을 때에는 지급한 보험금액에 해당하는 주계약의 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다. 다만, 그 감액부분에 해당하는 해지환급금이 있어도 이를 지급하지 않습니다. 이 경우 이 특약의 보험금 지급일 이후 주계약 약관에 정한 사망보험금의 청구를 받아도 이 특약에 따라 지급된 보험금액에 해당하는 사망보험금액은 지급하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험금이 지급되기 전에 주계약 약관에 정한 사망보험금의 청구를 받았을 경우 이 특약의 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특약의 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 주계약 약관에 정한 사망보험금이 지급된 때에는 그 이후 이 특약의 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 이 특약의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라 남은 생존기간 상당분의 이자 및 보험료를, 또 주계약에 보험계약대출이 있는 경우에는 그 보험계약대출의 원금과 이자를 뺀 금액을 지급합니다.
- ⑤ 이 특약의 보험금을 지급할 때 보험금액의 계산은 보험금을 지급하는 날의 주계약 사망보험금액을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 지급사유)에 의하여 이 특약의 보험금이 지급될 경우 피보험자를 이 특약의 보험수익자로 합니다.

제3조 【보험금을 지급하지 않는 보험사고】

계약자 또는 지정대리청구인의 고의에 의하여 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 해당된 경우에는 이 특약의 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조 【보험금의 지정대리청구인】

- ① 피보험자가 이 특약의 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정(제5조(지정대리청구인의 변경지정)에 따른 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각 호의 1에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에 따라 회사가 이 특약의 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 이 특약의 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제5조 【지정대리청구인의 변경지정】

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

1. 신청서(회사양식)
2. 보험증권
3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

제6조 【보험금의 청구】

피보험자 또는 지정대리청구인은 제12조(특약의 보험기간)에 정한 특약의 보험기간 중에 회사가 정하는 바에 따라 다음의 서류를 제출하고 이 특약의 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원에서 발급한 진단서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자의 인감증명서(지정대리청구인이 청구할 경우)
5. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부 및 주민등록등본(지정대리청구인이 청구할 경우)
6. 기타, 피보험자 또는 지정대리청구인이 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이 특약의 보험금을 지급합니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 피보험자와 회사가 제1항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우, 피보험자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 이 항의 규정에 따른 의료비용은 회사가 부담합니다.
- ③ 회사는 제1항에 따른 지급기일 내에 이 특약의 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제2관 특약의 성립과 유지

제8조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때, 회사가 정하는 바에 따라 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 청약이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- ③ 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되거나, 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 보험금의 지급이 완료된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제9조 【회사의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나, 제8조(특약의 성립 및 소멸) 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙한 때로부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제10조 【피보험자의 범위】

이 특약을 부가하는 주계약은 계약자와 피보험자가 동일한 보험계약이어야 합니다.

제11조 【특약 내용의 변경】

계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제12조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약의 보험기간은 특약을 부가한 날부터 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 12개월 이전까지로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 갱신되는 경우에는 제1항에 규정한 “보험기간이 끝나는 날”을 “갱신 기간이 끝나는 날”로 대체합니다.

제3관 보험료의 납입

제13조 【특약 보험료의 납입】

이 특약의 보험료는 없습니다.

제14조 【해지 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제9조(회사의 보장개시)의 규정을 준용합니다.

제4관 특약의 해지

제15조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 해지환급금은 없습니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5관 기타사항

제16조 【주계약에 사망보장특약이 부가되어 있는 경우의 특칙】

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 주계약에 사망보험금을 지급하는 특약(이하 “사망보장특약”이라 합니다)이 부가되어 있는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 보험금액은 주계약의 사망보험금액과 사망보장특약의 사망보험금액을 더한 금액으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험금 청구가 있는 경우에는 계약자로부터 별도의 신청이 없는 한 제1조(보험금의 지급사유) 및 제17조(다른 특약의 취급)의 규정에 관계없이 청구일 현재 주계약 및 사망보장특약의 보험가입금액의 비율에 따라 이 특약의 보험금을 지급합니다.
- ③ 주계약에 부가되어 있는 사망보장특약에 대한 이 특약의 보험금은 사망보장특약의 보험기간이 끝나는 날의 12개월 이전까지 청구할 수 있습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 주계약에 부가되어 있는 사망보장특약이 갱신되는 경우에는 제3항에 규정한 “보험기간이 끝나는 날”을 “갱신기간이 끝나는 날”로 대체합니다.
- ⑤ 주계약에 부가되어 있는 사망보장특약의 경우에도 제10조(피보험자의 범위) 및 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 제6항의 규정을 동일하게 적용합니다.

제17조 【다른 특약의 취급】

주계약 사망보험금액의 일부가 지급된 경우 주계약에 부가되어 있는 각 특약의 효력은 계속되는 것으로 합니다.

제18조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

사후정리특약

약관



목 차

제 1관 보험금의 지급	477
제1조 보험금의 지급사유	477
제2조 보험금 지급에 관한 세부규정	477
제3조 보험금의 청구	477
제4조 보험금의 지급절차	477
제 2관 특약의 성립과 유지	477
제5조 특약의 성립 및 소멸	477
제6조 회사의 보장개시	478
제7조 특약의 무효	478
제 3관 보험료의 납입	478
제8조 특약 보험료의 납입	478
제9조 해지특약의 부활(효력회복)	478
제 4관 특약의 해지	478
제10조 계약자의 임의해지	478
제 5관 기타사항	478
제11조 주계약 약관 규정의 준용	478
별표 ❶ 재해분류표	 479

사후정리특약 약관

제1관 보험금의 지급

제1조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보장기간 중 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하였을 때 보험수익자에게 주계약 또는 그에 부가된 특약의 보험금 및 해당 보험수익자의 사망보험금 지급비율에 따른 금액 한도 내에서 주계약 및 그에 부가된 특약의 사망보험금(재해분류표([별표] 참조)에서 정하는 재해로 인한 사망보험금은 제외합니다)의 일부 또는 전부를 지급합니다.

제2조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 뚜렷한 사기의사 등에 의하여 보험금 지급의무가 없을 것으로 판단되는 경우에는 이 특약에 따른 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 회사가 보험수익자에게 이 특약에 따른 보험금을 지급한 경우 잔여 보험금 지급시 이를 해당 보험수익자에게 지급할 보험금에서 차감합니다.
- ③ 회사는 이 특약에 따라 보험금을 지급한 경우 지급일 이후 주계약 및 그에 부가된 특약의 약관에서 정하는 보험금의 청구를 받더라도 이 특약에 따라 지급된 보험금에 대하여는 지급하지 않습니다.
- ④ 주계약 및 그에 부가된 특약의 약관에서 정하는 보험금 지급청구를 받아 그 보험금이 지급된 이후에는 이 특약에 의한 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 이 특약의 사망보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사망진단서
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사망진단서는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조 【보험금의 지급절차】

회사는 제3조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 1영업일 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 드립니다.

제2관 특약의 성립과 유지

제5조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)을 체결할 때, 회사가 정하는 바에 따라 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 청약이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- ③ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 및 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되었을 때
 2. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급이 완료되었을 때

제6조 【회사의 보장개시】

이 특약의 보장개시일은 주계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약인 경우는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날로 합니다.

제7조 【특약의 무효】

- ① 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 무효로 합니다.
 1. 보험수익자가 자연인이 아닌 경우
 2. 보험수익자가 미성년자인 경우
 3. 보험수익자가 법정상속인인 경우다만, 보험수익자 중 1인 이상이 실명으로 지정되어 있는 경우는 제외
- ② 회사는 이 특약에 따라 주계약 또는 그에 부가된 특약의 보험금을 지급한 후에도 회사에 보험금을 지급할 책임이 없었음이 확인된 때에는 보험수익자는 이 특약에 의해 이미 지급받은 보험금을 회사에 반환하여야 합니다.
- ③ 제2항의 경우에 보험수익자가 회사에 보험금을 반환하지 않는 때에는 회사는 보험금, 환급금 등 계약자 또는 보험수익자에게 지급하여야 할 지급금에서 아직 반환받지 못한 보험금을 공제할 수 있습니다.

제3관 보험료의 납입

제8조 【특약 보험료의 납입】

이 특약의 보험료는 없습니다.

제9조 【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) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제6조(특약의 보장개시일)의 규정을 따릅니다.

제4관 특약의 해지

제10조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약의 보험금 지급사유가 발생하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며 이 경우 해지환급금은 없습니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5관 기타사항

제11조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대해서는 주계약 약관 및 해당 특약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표]

재 해 분 류 표

-주계약 약관의 [별표 2]와 동일-

지정대리청구 서비스특약

약관



목 차

제 1관 지정대리청구인의 지정	485
제1조 지정대리청구인의 지정	485
제2조 지정대리청구인의 변경지정	485
제 2관 특약의 성립과 유지	485
제3조 적용대상	485
제4조 특약의 성립 및 소멸	485
제 3관 보험금 지급 등의 절차	485
제5조 보험금의 지급절차	485
제6조 보험금의 청구	485
제 4관 기타사항	486
제7조 주계약 약관 규정의 준용	486

지정대리청구서비스특약 약관

제1관 지정대리청구인의 지정

제1조 【지정대리청구인의 지정】

- ① 보험계약자(이하 보험계약자는 “계약자”라 합니다)는 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다) 및 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 1에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하 “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정(제2조에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구 시에도 다음 각 호의 1에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제3조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제2조 【지정대리청구인의 변경지정】

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

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 보험증권
3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

제2관 특약의 성립과 유지

제3조 【적용대상】

이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 주계약 및 특약에 적용합니다.

제4조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 제3조(적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 따라 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제3관 보험금 지급 등의 절차

제5조 【보험금의 지급절차】

- ① 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제3조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제3조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조 【보험금의 청구】

- ① 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 및 주민등록등본
 6. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 4 관 기타사항

제7조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

고객권리 안내문

이 <고객권리 안내문>은 농협생명보험주식회사(이하 “당사”)가 수집 등 처리(수집·조화·보유·이용·제공·파기 등 포함)하는 고객님의 개인신용정보, 개인식별정보 및 그 밖의 고객정보(이하 “고객정보”)와 관련하여 정보주체인 고객님의 관계법규상 제반 권리를 명확하게 알려 드리기 위하여 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」(이하 “신용정보법”) 제37조 제3항, 「개인정보보호법」 제38조 제4항 및 제5항 에 의하여 제작·배포하는 안내문입니다.

1. 고객정보의 처리 목적과 범위, 고객권리의 유형 및 금융서비스 이용범위

가. 고객정보의 처리 목적과 범위

당사는 고객정보를 고객님의께서 동의·선택하신 처리 목적과 범위, 그 밖에 금융거래 등 상거래의 설정·유지여부 판단 목적, 금융거래 등 상거래계약의 체결과 이행, 업무의 내부적 처리 및 특정업무의 위탁 처리 등 신용정보법 및 개인정보보호법 등 관계법규에 의하여 허용된 목적 범위 내에서 그 목적 달성에 필요 최소한의 정보를 합리적이고 공정한 수단을 사용하여 처리합니다.

나. 고객권리의 유형 분류

신용정보법 및 개인정보보호법 등 관계법규에 의한 정보주체의 권리유형은 다음과 같이 분류됩니다.

- 본인정보의 처리에 관한 정보를 고지받거나 제공받을 권리
- 본인정보의 처리에 관한 동의 여부, 동의 범위 등을 선택하고 결정할 권리
- 본인정보의 처리 여부를 확인하고 그 열람 또는 사본발급을 요구할 권리
- 본인정보의 처리 정지, 정정, 삭제 또는 파기를 요구할 권리
- 본인정보의 처리 또는 관리부실로 인하여 발생한 피해를 신속하고 공정한 절차에 따라 구제받을 권리

다. 고객정보 처리 동의내용에 따른 금융서비스 이용 범위

고객정보의 수집 등 처리에 대한 고객님의 동의사항은 신청하신 금융거래 등 상거래의 설정·유지, 계약의 이행, 금융서비스의 이용 또는 본인여부 확인 등 관계법규의 준수에 반드시 필요한 최소한의 정보인 <필수적 동의사항>과 그 밖에 금융상품 소개 및 구매권유 목적 이용, 제3자 제공 목적 등 <선택적 동의사항>으로 구분되며, 고객님의께서 <선택적 동의사항>에 대해 동의하지 않으신 경우에도 신청하신 금융거래 등 상거래계약의 체결 및 이에 따른 기본적 금융서비스 이용에는 영향을 미치지 않습니다. 다만 이러한 <선택적 동의사항>에 동의를 하지 않으신 경우에는 제휴·부가서비스, 새로운 상품·서비스 안내, 이벤트 경품 등 고객맞춤형 서비스를 제공받지 못하실 수 있으며, 이 경우 당사는 고객님의께 해당 불이익 사항을 알려 드립니다.

2. 「신용정보법」 및 「개인정보보호법」 상 고객의 구체적 권리

가. 개인신용정보 및 개인정보의 <조화>·<수집>·<이용>·<제공> 등에 대한 동의권(신용정보법 제15조 제2항, 제32조 제1항·제2항, 제33조 및 제34조, 개인정보보호법 제15조 및 제17조)

- 개인인 정보주체는 본인정보의 <조화>·<수집>·<이용>·<제공> 등 처리에 대하여 동의 여부나 동의 범위를 선택할 수 있으며, 이에 따라 당사가 신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 <조화>하려는 경우나 고객정보를 <수집>·<이용> 또는 <제공>하려는 경우에는 일정한 사항을 고지하고 해당 정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하

나에 해당하는 방식에 따라 동의를 받습니다.

1. 서면
2. 전자서명법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명이 있는 전자문서
3. 개인신용정보의 처리 내용 및 처리 목적 등을 고려하여 정보 처리 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 음성 녹음하는 등 증거자료를 확보유지하며, 사후 고지 절차를 거칩니다)
5. 그 밖에 정보 처리 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 활용함으로써 해당 신용정보주체에게 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하여 동의를 받는 방식

○ 다만, 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부의 판단 목적 등을 위해 고객정보의 처리가 필수적인 경우에 해당 정보주체가 그러한 목적의 처리에 동의하지 않는 경우에는 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 또는 유지가 거부될 수 있고, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 고객정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 해당 정보주체의 동의 없이 처리될 수 있으며, 그 밖에도 신용정보법 등 관계법규에서 정하는 바에 의하여 예외적으로 당사가 해당 정보주체의 동의 없이 고객정보를 처리할 수 있는 경우가 있습니다.

나. 본인 신용정보 등의 제공사실에 대해 통지를 받거나 통지해 줄 것을 요구할 권리 및 본인 개인신용정보의 이용·제공 내역에 대한 조회권(신용정보법 제32조 제7항, 제34조 및 제35조)

- 신용정보법 제32조 제6항 등 관계법령에 따라 예외적으로 신용정보주체의 동의 없이 개인신용정보가 제3자에게 제공되는 경우 신용정보주체는 제공하려는 당사 또는 제공받은 자로부터 개인신용정보의 제공사실 및 이유 등을 사전에 통지 받을 권리가 있습니다. 다만, 이 경우 신용정보법시행령 제28조 제12항 및 관련 별표2의2에서 정하는 불가피한 사유가 있는 때에는 당사는 개별적인 사전 통지에 갈음하여 사후에 알리거나 인터넷 홈페이지 게재 등의 방법을 통하여 공시할 수 있습니다.
- 신용정보주체는 당사가 본인에 관한 신용정보를 제3자에게 제공한 경우에는 제공받은 자, 그 이용목적, 제공한 날짜, 제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알리도록 요구하거나 인터넷 홈페이지를 이용하여 조회할 수 있도록 하여 줄 것을 요구할 수 있습니다. [적용기한 : 2016.3.11.]
- 한편, 신용정보주체는 안전성과 신뢰성이 확보되는 수단을 통해 본인임을 확인받은 후 당사 인터넷 홈페이지 내 <본인 정보 이용·제공 조회시스템>을 통해 최근 3년간의 본인 개인신용정보의 이용 및 제공내역을 조회할 수 있으며, 나아가 해당 내역을 본인에게 정기적으로 통지해줄 것을 요구할 수 있습니다. 다만, 당사의 내부 경영관리의 목적으로 이용하거나 반복적인 업무위탁을 위하여 제공하는 경우 등에 해당하는 개인신용정보는 조회 및 통지요구 대상에서 제외되며, 우편통지 등 요구 시 실비 범위 내에서 별도의 수수료가 부과될 수 있습니다. [시행일 : 2016.3.12.]

다. 정보주체 이외로부터 수집한 개인정보의 수집 출처 등에 대한 고지 요구권(개인정보보호법 제20조)

당사가 정보주체 이외로부터 수집한 개인정보를 처리하는 때에는 정보주체는 개인정보의 수집 출처, 개인정보의 처리 목적, 개인정보 처리의 정지를 요구할 권리가 있다는 사실을 본인에게 알려줄 것을 요구할 수 있습니다. 다만, 고지로 인하여 다른 사람의 생명·신체를 해할 우려가 있거나 다른 사람의 재산과 그 밖의 이익을 부당하게 침해할 우려가 있는 경우에는 수집 출처 등의 고지를 요구할 수 없습니다.

라. 상거래 거절 근거 신용정보 고지 요구권(신용정보법 제36조)

당사가 신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 제공받은 개인신용정보에 근거하여 고객과의 상거래관계의 설정을 거절하거나 중지한 경우에는 해당 고객은 당사에 대해 그 거절 또는 중지의 근거가 된 정보를 본인에게 고지하여 줄 것을 요구할 수 있으며, 나아가 고지받은 본인정보의 내용에 이의가 있으면 고지받은 날부터 60일 이내에 해당 신용정보를 수

집·제공한 신용조회회사 또는 신용정보집중기관에게 그 신용정보의 정확성을 확인하도록 요청할 수 있습니다.

마. 개인(신용)정보의 <제공 동의>의 철회권 및 <영업목적 연락> 중지 청구권(신용정보법 제37조)

- 개인인 신용정보주체는 본인 개인(신용)정보에 대해 영업 등 목적의 <제공 동의>를 한 후에도 동의 철회의 대상 및 내용 등을 특정하여 당사의 인터넷 홈페이지, 유무선 통신, 서면 또는 사무실·점포 등을 방문하여 <개인(신용)정보 제공 동의 철회서>를 제출하는 방법으로 해당 <제공 동의>를 철회하실 수 있습니다. 다만, 신용조회회사 또는 신용정보집중기관에 제공하여 개인의 신용도 등을 평가하기 위한 목적의 제공 동의에 대해서는 철회하실 수 없으며, 제3자에게 제공하지 아니하면 해당 신용정보주체와 약정한 용역을 제공하지 못하게 되는 등 계약의 이행이 어려워지거나 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단할 수 없는 경우로서 고객이 그 제공 동의를 철회하려는 경우에는 그 용역의 제공을 받지 아니할 의사를 명확하게 밝혀야 합니다.
- 한편, 개인인 신용정보주체는 연락 중지청구의 대상 및 내용을 특정하여 당사의 인터넷 홈페이지, 유무선 통신, 서면 또는 사무실·점포 등을 방문하여 <영업목적 연락 중지 청구서>를 제출하는 방법으로 당사나 모집업무수탁자가 상품이나 용역을 소개하거나 그 구매를 권유하는 등 영업목적으로 본인에게 연락하는 것을 중지하도록 청구할 수 있습니다.

바. 보유기간 경과 개인신용정보 삭제 요구권(신용정보법 제38조의3) 및 개인정보 처리정지 요구권(개인정보보호법 제37조)

- 개인인 신용정보주체는 신용정보법에 따라 당사와의 금융거래 등 모든 상거래관계가 종료되고 그 상거래관계종료일로부터 5년(단, 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 등에 필수적인 개인신용정보 외의 정보의 경우에는 3개월)의 기간이 경과한 경우 당사에 본인 개인신용정보의 삭제를 요구할 수 있습니다. 이 경우 당사는 해당 개인신용정보를 삭제함으로써 해당 신용정보주체에게 불이익이 발생하는 때에는 그 정보를 삭제하기 전에 그러한 불이익이 발생할 수 있다는 것을 해당 신용정보주체에게 알린 후, 지체 없이 해당 개인신용정보를 삭제하고, 서면, 전화, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 그 밖의 비슷한 방법을 통해 신용정보주체에게 그 결과를 통지하여 드립니다.

다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 삭제요구 대상에서 제외되며, 이 경우 해당 정보는 다른 개인신용정보와 분리하여 별도 보관·관리되고, 그 조치결과를 통지하여 드립니다.

1. 다른 법률에 따른 의무를 이행하기 위하여 불가피한 경우
2. 개인의 급박한 생명·신체·재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
3. 그 밖에 예금·보험금의 지급, 보험사기자의 재가입 방지를 위한 경우 등 개인신용정보를 보존할 필요가 있는 경우로서 신용정보법 시행령 제17조의2 제3항 각 호에서 정하는 경우 [시행일 : 2016.3.12.]

- 한편, 개인인 정보주체는 개인정보보호법에 따라 당사에 대하여 자신의 개인정보 처리의 정지를 요구할 수 있으며, 이 경우 당사는 정보주체의 요구에 따라 처리가 정지된 개인정보에 대하여 지체없이 해당 개인정보의 파기 등 필요한 조치를 취합니다.

다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 당사는 정보주체의 개인정보 처리정지 요구를 거절할 수 있으며, 이에 따라 처리정지 요구를 거절하였을 때에는 해당 정보주체에게 지체없이 그 사유를 알립니다.

1. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
2. 다른 사람의 생명·신체를 해할 우려가 있거나 다른 사람의 재산과 그 밖의 이익을 부당하게 침해할 우려가 있는 경우
3. 개인정보를 처리하지 아니하면 정보주체와 약정한 서비스를 제공하지 못하는 등 계약의 이행이 곤란한 경우로서 정보주체가 그 계약의 해지 의사를 명확하게 밝히지 아니한 경우

사. 본인정보 열람권 및 오류정보 정정·삭제 청구권(신용정보법 제38조, 개인정보보호법 제35조 및 제36조)

고객님은 당사가 보유하고 있는 본인의 고객정보에 대해 그 열람(사본의 제공 포함)을 청구하실 수 있으며, 이 경우 당사는 본

인여부 확인 절차를 거쳐 해당 정보주체가 적절한 방법을 통하여 본인정보를 열람 또는 제공받을 수 있도록 조치하여 드립니다.

나아가, 열람하거나 제공받으신 고객님의 본인정보가 사실과 다른 경우에는 증빙자료를 갖추어서 그 정정 또는 삭제를 요구하실 수 있으며, 이 경우 당사는 지체 없이 해당 정보의 이용·제공 등 처리를 중단한 후 사실관계를 조사하고, 그 정정·삭제 청구가 정당하다고 인정되면 정정·삭제 조치한 후 그 처리결과를 개인신용정보의 경우에는 7일, 그 밖의 개인정보의 경우는 10일 이내에 서면(교부, 우편, 팩스), 전자우편 또는 문자메시지 등의 방법으로 알려 드립니다.

한편, 오류정보 정정·삭제 요구에 대한 당사의 처리결과에 이의가 있으면 아래 연락처에 연락하여 이의를 신청하거나 금융위원회에 그 시정을 요청하실 수 있습니다.

이의신청방법 : 당사 인터넷 홈페이지(www.nhlife.co.kr) 내 사이버창구를 이용하거나 본사 또는 가까운 지역총국·지점으로 내방하거나 아래 연락처로 연락하여 이의신청하시면 됩니다.

- 준법감시부 : (전화) 02-3786-7341 (주소) 서울시 서대문구 충정로 60 KT&G서대문타워 14층
- 당사 콜센터 : 1544-4000

아. 신용조회회사에 대한 본인 신용정보의 무료 제공요구·열람권(신용정보법 제39조)

개인인 고객님의 신용정보법에 따라 본인의 신용정보를 신용조회회사를 통하여 매4개월마다 1회 이상 무료로 제공받거나 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 아래 각 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

* 신용조회회사 연락처

- 한국신용정보주 : 02-2122-4000 (<http://www.nice.co.kr>)
- 한국신용평가정보주 : 02-3771-1000 (<http://www.kisinfo.com>)
- 서울신용평가정보주 : 1577-1006 (<http://www.sci.co.kr>)
- 코리아크레딧뷰로주 : 02-708-6000 (<http://www.kcb4u.com>)

자. 신용정보 누설사고 또는 개인정보 유출사고 발생 시, 그 사실을 통지받을 권리(신용정보법 제39조의2, 개인정보보호법 제34조)

당사가 관리하는 개인신용정보 또는 개인정보가 업무 목적 외로 제3자에게 누설(또는 유출)되었음을 알게 된 경우 당사는 지체 없이 서면, 전화, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 그 밖의 비슷한 방법으로 다음 각 호의 사실을 해당 정보주체에게 통지하여 드리며, 동시에 그 피해를 최소화하기 위한 대책을 마련하고 필요한 조치를 취합니다. 다만, 정보 누설(또는 유출)에 따른 피해가 없는 것이 명백하고 누설(또는 유출)된 정보의 확산 및 추가 누설(또는 유출)을 방지하기 위한 긴급조치가 필요한 경우에는 해당 조치를 우선적으로 취한 후 지체없이 그 조치의 내용과 함께 다음 각 호의 사실을 알려드립니다.

1. 누설(또는 유출)된 신용정보(또는 개인정보)의 항목
2. 누설(또는 유출)된 시점과 그 경위
3. 누설(또는 유출)로 인하여 발생할 수 있는 피해를 최소화하기 위하여 정보주체가 할 수 있는 방법 등에 관한 정보
4. 당사의 대응조치 및 피해 구제절차
5. 정보주체에게 피해가 발생한 경우 신고 등을 접수할 수 있는 담당부서 및 연락처

차. 손해배상청구권(신용정보법 제43조, 제43조의2 및 제43조의3, 개인정보보호법 제39조 및 제39조의2)

당사가 고의 또는 과실로 신용정보법 등 관계법규를 위반하고 이로 인하여 정보주체가 피해를 입은 경우 해당 정보주체는 신용정보법 등 관계법규에서 정하는 바에 따라 손해배상청구권을 행사할 수 있습니다.

당사는 위 손해배상책임의 이행 보장을 위하여 금융위원회에서 정하는 바에 따라 손해배상 책임보험에 가입하고 있습니다.

3. 권리행사 및 개인(신용)정보 관련 고충상담 필요시 연락처

위의 각 권리 행사와 관련하여 불편함 또는 애로를 느끼시거나 개인(신용)정보 관련 고충상담이 필요하신 경우 아래의 각 담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

- 당사 신용정보관리·보호인 : 전략총괄부사장
(전화) 02-3786-7101 (주소) 서울시 서대문구 충정로 60 KT&G서대문타워 13층
- 당사 개인정보보호책임자 : 준법감시인
(전화) 02-3786-7340 (주소) 서울시 서대문구 충정로 60 KT&G서대문타워 14층
- 당사 개인(신용)정보 관리·보호 담당부서 : 준법감시부
(전화) 02-3786-7341 (주소) 서울시 서대문구 충정로 60 KT&G서대문타워 14층
- 당사 콜센터 : 1544-4000
- 생명보험협회 정보보호담당자
(전화) 02-2262-6600 (주소) 서울시 중구 충무로 3가 60-1 극동빌딩 16층
- 금융감독원 정보보호담당자 : 민원실
(전화) (국번없이) 1332 (주소) 서울시 영등포구 여의도동 27

농협생명보험주식회사
신용정보 관리·보호인
개인정보 보호책임자

고객정보 취급방침

NH농협금융에 많은 성원과 관심을 보내 주시는 고객 여러분께 깊은 감사를 드립니다.

금융지주회사법령에 의해 그룹사간에는 고객정보의 제공 및 이용이 가능하게 되어 있습니다. 이에 다음과 같이 안내하여 드리오니 참고하시기 바랍니다.

금융지주회사법 제48조의2(고객정보의 제공 및 관리)

① 금융지주회사등은 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조제1항 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조·제33조에도 불구하고 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조에 따른 금융거래의 내용에 관한 정보 또는 자료(이하 "금융거래정보"라 한다) 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조제1항에 따른 개인신용정보를 다음 각 호의 사항에 관하여 금융위원회가 정하는 방법과 절차(이하 "고객정보제공절차"라 한다)에 따라 그가 속하는 금융지주회사등에게 신용위험관리 등 대통령령으로 정하는 내부 경영관리상 이용하게 할 목적으로 제공할 수 있다. (2016.2.15.개정)

1. 제공할 수 있는 정보의 범위
2. 고객정보의 암호화 등 처리방법
3. 고객정보의 분리 보관
4. 고객정보의 이용기간 및 이용목적
5. 이용기간 경과 시 고객정보의 삭제
6. 그 밖에 고객정보의 엄격한 관리를 위하여 대통령령으로 정하는 사항

② 금융지주회사의 자회사등인 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 투자매매업자 또는 투자중개업자는 해당 투자매매업자 또는 투자중개업자를 통하여 증권을 매매하거나 매매하고자 하는 위탁자가 예탁한 금전 또는 증권에 관한 정보 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 정보(이하 "증권총액정보등"이라 한다)를 고객정보제공절차에 따라 그가 속하는 금융지주회사등에게 신용위험관리 등 대통령령으로 정하는 내부 경영관리상 이용하게 할 목적으로 제공할 수 있다.

1. 예탁한 금전의 총액
2. 예탁한 증권의 총액
3. 예탁한 증권의 종류별 총액
4. 채무증권의 종류별 총액
5. 수익증권으로서 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제229조 각 호의 구분에 따른 집합투자기구의 종류별 총액
6. 예탁한 증권의 총액을 기준으로 한 위탁자의 평균 증권 보유기간 및 일정기간 동안의 평균 거래회수

이에 따라 NH농협금융은 농협금융지주회사를 중심으로 고객정보를 그룹사간 제공 및 이용하기 위하여 「고객정보 취급방침」을 제정·운영하고 있습니다.

이러한 고객정보의 제공 및 이용은 고객 여러분의 금융거래에 따른 불편함을 해소하고 더욱 더 만족스러운 금융서비스를 제공하기 위해 시행하는 것이며 만에 하나 발생할지도 모르는 부작용을 방지하기 위하여 다음과 같이 제공되는 정보의 종류 및 제공처를 한정하고, 정보의 엄격한 관리를 위한 제도를 마련하였습니다.

I. 제공되는 고객정보의 종류

- 『금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률』 제4조에 따른 금융거래의 내용에 관한 정보 또는 자료
- 『신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률』 제32조 제1항에 따른 개인신용정보
 - 생존하는 개인의 성명, 연락처, 주민등록번호, 여권번호, 운전면허의 면허번호, 외국인등록번호, 국내거소신고번호, 성별, 국적 등 개인을 식별할 수 있는 정보
(2016.2.15.개정)
 - 대출, 보증, 담보제공, 당좌예금(가계당좌거래를 포함한다), 신용카드, 할부금융, 시설대여 등의 상거래와 관련하여 신용정보주체의 거래내용을 판단할 수 있는 정보로서 거래의 종류, 거래당사자의 성명 또는 상호, 거래의 기간금액 및 한도 등
 - 금융거래 등 상거래와 관련하여 발생한 연차부도대지급이나 거짓, 속임수, 그 밖의 부정한 방법에 의한 신용질서 문란행위 등 신용정보주체의 신용도를 판단할 수 있는 정보로서 금액 및 발생해소의 시기 등
 - 금융거래 등 상거래에 있어서 신용정보주체의 신용거래능력을 판단할 수 있는 정보로서 개인의 재산·채무·소득의 총액, 납세실적 등
 - 금융거래 등 상거래에서 신용정보주체를 식별하고 신용도 및 신용거래능력을 판단할 수 있는 법원 또는 공공기관의 재판결정 정보, 조세 또는 공공요금 등의 체납정보, 주민등록에 관한 정보 및 그 밖에 공공기관이 보유하는 정보 등
- 『자본시장과 금융투자업에 관한 법률』에 따른 투자매매업자 또는 투자중개업자를 통하여 매매 하고자 하는 위탁자가 위탁한 금전 또는 증권에 관한 정보 중 다음 각 목에 해당하는 정보
 - 예탁한 금전의 총액
 - 예탁한 증권의 총액
 - 예탁한 증권의 종류별 총액
 - 채무증권의 종류별 총액
 - 수익증권으로서 『자본시장과 금융투자업에 관한 법률』 제229조 각 호의 구분에 따른 집합투자기구의 종류별 총액
 - 예탁한 증권의 총액을 기준으로 한 위탁자의 평균 증권보유기간 및 일정기간 동안의 평균 거래회수

II. 금융지주회사 등의 상호 및 업종

NH농협금융의 회사는 NH농협금융지주 주식회사(금융지주회사), NH농협은행 주식회사(은행), NH농협생명보험 주식회사(생명보험사), NH농협손해보험 주식회사(손해보험사), NH투자증권 주식회사(금융투자업), NH-CA자산운용 주식회사(금융투자업), NH농협캐피탈 주식회사(여신전문금융업), NH선물 주식회사(금융투자업), NH저축은행 주식회사(상호금융업)입니다. (2016.2.15.개정)

III. 고객정보의 제공처

NH농협금융의 회사 중 금융지주회사법령에 의한 고객정보의 제공 및 이용이 가능한 회사는 NH농협금융지주 주식회사, NH농협은행 주식회사, NH농협생명보험 주식회사, NH농협손해보험 주식회사, NH투자증권 주식회사, NH-CA자산운용 주식회사, NH농협캐피탈 주식회사, NH선물 주식회사, NH저축은행 주식회사입니다. (2016.2.15.개정)

IV. 고객정보의 보호에 관한 내부방침

NH농협금융에서는 고객 여러분의 고객정보를 최대한 안전하게 관리하기 위해 그룹사간 정보 제공 및 이용이 아래와 같이 엄격한 절차와 관리감독 하에 이루어지도록 하였습니다.

- 고객정보의 제공 및 이용은 신용위험관리 등 내부 경영관리 목적으로만 이용되도록 하였습니다.
- 그룹사의 임원 1인 이상을 고객정보관리인으로 선임하여 고객정보의 제공 및 이용에 관련된 일체의 책임을 지도록

하였습니다.

3. 그룹사별로 소관부서 및 담당자를 지정하여 체계적이고 집중적인 관리를 도모하였습니다.
4. 고객정보의 요청 및 제공시 서면 또는 전자결재시스템을 통하여 고객정보관리인의 결재를 받은 후 요청 및 제공하도록 하는 등 업무 프로세스의 정형화를 통해 엄격한 관리 및 통제가 이루어지도록 하였습니다.
5. 그룹사간 고객정보의 요청 및 제공, 이용 등과 관련한 업무에 대하여 금융지주회사 고객정보관리인에게 총괄관리 역할을 부여함으로써 고객정보의 보호에 만전을 기하였습니다.
6. 고객정보의 제공 및 이용 관련 취급방침의 재개정시 2개 이상의 일간지에 공고하고, 각 영업점(본점 해당부서 포함), 그리고 각 그룹사 홈페이지 등에 게시하는 등 고객공지 의무에 최선을 다할 것입니다.
7. 고객정보를 제공하는 경우 공유내역을 홈페이지에서 조회할 수 있도록 하고, 연 1회 이상 통지하여 고객의 자기정보 접근권을 강화하였습니다. (2016.2.15.신설)
8. 위법·부당한 방법으로 인해 피해를 입게 된 고객 분을 위해 적절한 보상 및 처리가 이루어지도록 민원사항에 대한 안내 및 상담, 처리, 그리고 결과 및 통지 등 민원처리 관련 일체의 업무를 수행할 소관부서를 그룹사마다 두었습니다. 그리고 소관부서 외 금융감독원 분쟁조정제도를 통하여 구제받으실 수 있도록 하였습니다.
9. 고객정보 제공 및 이용에 대한 권한이 부여된 자만 고객정보에 접근하고, 고객정보의 송수신, 보관 등에 있어 암호화하여 관리하며, 천재지변 및 외부로부터의 공격침입 등 불가항력에 대비한 보안시스템을 구축하였고, 고객정보와 관련된 임직원에 대하여는 정기적으로 보안 교육을 실시하는 등 철저한 보안 대책을 마련하고 있습니다.

NH농협금융은 그룹사간 고객정보의 제공 및 이용을 허용한 것이 금융서비스의 질을 높이고, 나아가 우리나라 금융산업을 선진화시키기 위한 조치임을 명심하고 고객정보의 교류를 토대로 고객 여러분께 보다 편리하고 질 높은 선진금융서비스를 제공할 것을 약속드리며, 고객 여러분의 고객정보의 보호 및 엄격한 관리를 위해 최선을 다할 것입니다.

NH농협금융			
NH농협금융지주	고객정보관리인	NH농협은행	고객정보관리인
NH농협생명	고객정보관리인	NH농협손해보험	고객정보관리인
NH투자증권	고객정보관리인	NH-CA자산운용	고객정보관리인
NH농협캐피탈	고객정보관리인	NH선물	고객정보관리인
NH저축은행	고객정보관리인		